FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

ANNÉE 1967 N° 20

PROBLÈMES D'INFORMATION EN THÉRAPEUTIQUE INSTITUTIONNELLE

THÈSE

pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

présentée et soutenue publiquement le 29 MAI 1967
par

COLETTE BICHERON-LARROUTIS
née le 15 Juillet 1938 à TOURS

PRÉSIDENT DU JURY
Monsieur le Professeur ROUZAUD

Juges : Monsieur le Professeur ARON
Monsieur le Professeur SIZARET
Monsieur le Professeur VACHER

29. Pays-Bas, Leyde

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549621_0019

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 1967 N°

PROBLEMES D'INFORMATION
en THERAPEUTIQUE INSTITUTIONNELLE

THESE

pour le

Doctorat en Médecine

(Diplome d'état)

présentée et soutenue publiquement le 29 mai 1967

par

Colette BICHERON - LARROUTIS

née le 15 juillet 1938 à TOURS

Ancienne Externe du Centre Hospitalier Universitaire de TOURS

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Président du Jury : Monsieur le Professeur ROUZAUD

Juges : Monsieur le Professeur ARON

Monsieur le Professeur SIZARET

Monsieur le Professeur VACHER

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

DE TOURS

Doyen : Professeur G. DESBUQUOIS

Assesseur : Professeur M.A. DURAND

Secrétaire: Monsieur J. GANNIER

Doyen Honoraire : Professeur E. ARON

- PROFESSEURS HONORAIRES -

M.M. BONNIN
DENOYELLE
FROMENTY
GAUDEAU
HUC-CHENU
LETELLIER
MERCIER
PAULIN

- PROFESSEURS TITULAIRES -

ARDOUIN Paul.....Oto-Rhino-Laryngologie

ARNAUD Robert.....Bactériologie

ARON Emile.....Clinique Médicale

BARRE Maurice.....Chimie Pharmacie

B OULARD Pierre.....Hygiène et Hydrologie

COMBESCOT Charles.....Zoologie

CROUZAT-REYNES Gérard.....Physique Pharmaceutique

DESBUQUOIS Georges.....Clinique Médicale Infantil

DURAND Marc.....Matière Médicale

GARESTIER Raymond.....Botanique et Biologie Végétale

GAUTIER Jacques.....Thérapeutique

GOUAZE André.....Anatomie

GRECO J. MARIE.....Séméiologie Chirurgicale

HUSSENSTEIN Jean.....Clinique Chirurgicale Orthopédie

JOBARD Pierre.....Anatomie pathologique

LARMANDE Aimé.....Ophtalmologie

LIEFFRING J. Jacques.....Technique opératoire

MAILLET Marc.....Histologie

RAYNAUD Robert.....Pathologie Médicale

RICHARD Auguste.....Clinique Obstréticale et Gynécologique

ROUZAUD Marcel.....Clinique Neuro-Psychiatriqu

THOUVENOT Joseph.....Physiologie

VACHER Jean.....Médecine Légale et Sociale

VANDOOREY Michel.....Pathologie Chirurgicale

VIALARD-GOUDOU Abel.....Pharmacie Galénique

VIALLE Pierre.....Clinique Chirurgicale

WEILL Jacques.....Biochimie

- PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL -

COMBE Paul.....Pédiatrie

VARGUES Robert.....Bactériologie

- PROFESSEURS SANS CHAIRE -

Mme FOUSSARD Odette.....Pharmacodynamie

Melle HALOT Denise.....Chimie Analytique

M.NEEL J. Louis.....Pathologie Expérimentale

M. SIZARET Pierre.....Neuro-Psychiatrie

- MAITRES DE CONFERENCES & AGREGES

BERTRAND Jean.....Médecine Générale

BRIZON Jacques.....Urologie

Melle BROCHIER Mireille.....Médecine Générale

CASTAING Jean.....Orthopédie

ECARLAT Bernard.....Electro-Radiologie

FABIANI Paul.....Toxicologie

GLORION Bernard.....Chirurgie Générale

GRENIER Bernard.....Maladies Infectieuses

HARICHAUX Pierre.....Physiologie

LANFRANCHI Jean.....Médecine Générale

LE CHEVALLIER Paul.....Rhumatologie

LEROUX Maurice.....Hématologie

MICHEL Jean.....Electro-Radiologie

MORAND Philippe.....Médecine Générale

MOURAY Henri.....Biochimie

NIVIERE Pierre.....Chimie Pharmacie

QUERE Maurice.....Ophtalmologie

SOUTOUL Jean.....Anatomie

WINCKLER Claude.....Anesthésiologie

- FAISANT FONCTION D'AGREGE -

de LAUTURE Hervé.....Hygiène

de HEAULME Michel.....Physique Médicale

- CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRES -

BAUDOUIN.....Pneumo-phtisiologie

BOISRAME M. .....Obstétrique

BOISRAME R. .....Stomatologie

FRANCCIS A. .....Dermatologie

Mme PASTY Cryptogamie

A Monsieur le Professeur Marcel ROUZAUD

Professeur de Clinique neuro-psychiatrique

Médecin du Centre Hospitalier Universitaire

de Tours

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Pierre SIZARET

Professeur Agrégé

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Chevalier de l'Ordre de la Santé Publique

Chevalier de l'Ordre du Mérite Social

Il nous a toujours manifesté sa bienveillance

Il a bien voulu s'intéresser à notre travail

En remerciement de son enseignement.

A Monsieur le Professeur Emile ARON

Professeur de Clinique Médicale

Doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Tours

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Commandeur des Palmes Académiques

Dont nous avons pu apprécier les qualités humaines

Et qui a toujours manifesté beaucoup de bienveillance

Qu'il reçoive ici le témoignage de notre estime

et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean VACHER

Professeur de Médecine Légale et Sociale

En fidèle souvenir

et remerciement de son enseignement.

A Monsieur le Professeur Léon FROMENTY

Professeur honoraire

Médecin des Hôpitaux Psychiatrique

Il a guidé nos premiers pas en Psychiatrie

Il nous a toujours aidé de ses précieux conseils

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Georges DESBUQUOIS

Doyen de la Faculté

Professeur de Clinique Médicale Infantile

Officier de la Légion d'Honneur

Il nous a toujours manifesté sa bienveillance

Qu'il reçoive ici le témoignage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Horace TORRUBIA

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Il a bien voulu nous admettre comme interne dans son service

Il nous a inspiré cette thèse

Il nous a guidé dans l'élaboration de ce travail

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde

reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Paul RENARD

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Il a bien voulu nous admettre dans son service

En témoignage de notre estime et de notre gratitude.

A mes maîtres de la Faculté de Médecine

A mes maîtres du Centre Hospitalier Universitaire

A Mesdames et Messieurs les Médecins de

l'Hôpital Psychiatrique de Fleury-les-Aubrais.

A mes parents

à toute ma famille

A mon mari

A ma fille

A tous les soignants du service

qu'ils trouvent ici le témoignage de l'intérêt que je porte à leur dévouement.

A tous mes amis

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui lui seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

PROBLEMES D'INFORMATION EN PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE

PLAN

INTRODUCTION

Chapitre I

Pourquoi évoquer ces problèmes en psychothérapie institutionnelle

I. Pourquoi nous poser la question de l'information et de la communication.

II. Qu'est-ce que l'information

III. L'histoire du mouvement de psychothérapie institutionnelle.

Chapitre II.

L'expression

I. Genèse de la communication humaine

II. L'ambiguïté de la parole

III. L'apport freudien et l'utilisation des données analytiques.

Chapitre III.

Le service et ses réunions.

I. Le service

. Les pavillons

. Les équipes soignantes.

II. Les réunions

. Les réunions de soignants

. Les réunions de soignés.

Chapitre IV

Les réseaux de communication à l'intérieur du service.

I. Les lieux où "ça parle"

II. Articulation des réunions

III. Les lieux d'écoute.

Chapitre V

Le problème de l'accès à la parole.

I. L'accès à la parole

Exemples et analyses

II. Les réunions "muettes" et la relation soignant-soigné

Exemples et analyses.

Chapitre VI

La circulation de la parole.

I. A l'intérieur d'un groupe

II. A l'intérieur d'un collectif

III. Exemples.

Conclusion.

INTRODUCTION

Parler de problèmes d'information dans cette deuxième moitié du XXème siècle semble étrange, désuet aussi, à l'heure où la technique met à notre disposition de puissants moyens pour assurer des informations nombreuses et rapides; ce qu'elles acquièrent en rapidité, elles le perdent parfois en précision ou en authenticité et confèrent ainsi tout leur humour aux démentis et aux informations dites contradictoires.

De quoi veut-on parler exactement ? S'agit-il des informations qui sont, semble-t-il, les renseignements aux-mêmes recueillis par les différentes méthodes qui nous sont proposées, ou de l'information représentant davantage le phénomène qui préside à la circulation des dits renseignements. Ce processus est obscur. Il s'intéresse bien sûr à l'objet d'information, à l'information, au récepteur, mais il nous met en cause, nous, dans le circuit de communication, aussi bien en tant qu'informé qu'informateur. Enfin c'est le phénomène lui-même qui nous intéresse ici.

Est-on informé de tout ce qui frappe ce qui est convenu d'appeler nos sens ? ou bien certains contenus nous

laissent-ils indifférents au profit des renseignements privilégiés qui correspondent électivement à des proéccupations du moment conscientes ou inconscientes ?

L'information sensorielle apparaît d'emblée comme forme simple de transmission. N'enregistre-t-on pas parfois aussi certains messages sans y prêter attention et leur résurgence sous forme de déjà-vu ou de déjà-entendu, en nous laissant songeur nous oblige à de perpétuelles remises en question de notre conscience dans l'ici-maintenant.

Si c'est le mécanisme lui-même que nous étudions, nous allons être amenés à nous intéresser aux supports de l'information, de l'émetteur au destinataire. Il s'agitdonc bien alors d'aborder le problème de la communication.

D'ailleurs, si Littré définit l'information comme une recherche pour s'assurer de la véracité d'un fait, il implique une notion d'enquête ; alors que nous pourrons davantage nous attacher au sens attribué généralement par le vocabulaire, leurs moyens de transmission se rapprochent de notre conception de l'information à l'intérieur d'un circuit de communication.

En effet, avant d'entreprendre l'étude de ces phénomènes, nous pourrions envisager l'information dans toutes ces dimensions, politique, physique, biologique, historique, etc... pour finalement éliminer ces conceptions de l'information. L'histoire a bien été écrite à la lumière d'informations recueillies par les hommes qui ont vécu les évènements, mais aussi elle a été reprise, remaniée par les conteurs, les écrivains, comment parle-t-on du fait historique, de son authenticité sinon pour s'interroger sur sa validité, son objectivité.

Comment raconte-t-on un fait politique au sens actuel du terme sinon pour aussitôt douter des informateurs. Il s'agit donc toujours d'informations où on ne s'intéresse pas au mécanisme, seulement à leur causalité ; on ne tient compte de leur "circulation" que lorsqu'elles sont "intéressantes" par le potentiel d'utilisation qu'elles véhiculent.Et pourtant l'information inquiète le monde entier.

Ce n'est sûrement pas sans raison qu'existent partout des services qui s'intitulent Renseignements Généraux, Ministère de l'Information. Ces offices qui répondent à des préoccupations profondes, à des nécessités quotidiennes, s'occupent bien d'information, mais ne tiennent pas compte des lieux ou des personnages, de telle sorte que des circuits de communication ne sont pas évoqués.

Dans le domaine de la physique, l'information est subordonnée à la technique ; tout intermédiaire humain est exclu ; les dialogues ne s'effectuent que par le truchement d'instruments de mesure, d'ordinateurs, de décodeurs, mais le code en question est précis, chiffré ; il s'agit de plus en plus de science véritablement exacte où l'homme n'a pas sa place d'homme. JAKOBSON lui-même met en garde "contre le danger existant lorsqu'on interprète l'intercommunication humaine en termes d'information physique". Et il précise même avec SHANNON qu'on pourrait définir l'information comme "cela qui reste invariant à travers toutes les opérations réversibles d'encodage ou de traduction".

Finalement ces sciences cherchent des renseignements qu'elles offrent à l'homme ; on connaît les points extrêmes, émetteur et récepteur, mais l'homme n'intervient pas.

Si l'on voulait faire une comparaison mathématique une telle information pourrait être représentée par un segment de droite situé dans un plan donné et dont on connaîtrait les coordonnées des extrêmités sans se soucier de la construction elle-même de cette droite.

Par contre, notre information, celle qui nous intéresse ici, celle qui fait entrer en jeu un réseau de communications interhumaines, serait à l'image d'un incessant mouve-

ment brownien, schématisé macroscopiquement dans l'espace par un point variable qui serait le point de convergence de toutes les $\frac{1}{2}$ droites de l'espace représentant autant de messages.

La multitude, la confusion des "arrivées" et des "départs", le remaniement perpétuel de la parole peut faire sentir ainsi la difficulté à recueillir, à classer, interpréter les messages. Ceci peut déjà nous faire imaginer l'incertitude de l'information.

Il ne s'agit plus d'un processus simple mais obscur, mais bien au contraire de procédés variés qui impliquent davantage une intention, une finalité de notre part.

Dans ce réseau enchevêtré, ce fourmillement de renseignements, nous tentons de nous repérer ; quelques coordonnées nous permettent plus au moins de nous orienter, de nous situer par rapport aux sources d'information et aussi en fonction de notre désir réel plus ou moins préconscient de savoir ou de non-savoir.

C'est l'assemblage de ces points de repère, leurs connexions intimes qui vont permettre à l'information de se constituer. Ces éléments variables selon les individus, nous

obligent à nous engager et finalement, tels une chaîne signifiante, ils s'agencent différemment selon les cas et nous aident à définir "notre manière d'être au monde".

Ces points de repère que nous considérons comme les supports de notre circuit de communication ne sont guère fidèles. Nous avons une relative confiance envers les lieux d'écoute, les points d'où l'information émane, mais en fait nous ne pourrons jamais être affirmatifs, nous sommes sans cesse piégés autant par l'autre que par nous-mêmes. Nous croyons savoir, nous pensons être informés et maîtriser parfaitement des faits et gestes d'un collectif par exemple ; chacun en toute bonne foi le croit aussi de la même manière, lui semble-t-il, mais en fait chacun fait intervenir son savoir personnel, sa propre histoire, sa manière d'appréhender le réel, sa place dans le collectif, de telle sorte que le message ne comporte en soi aucune valeur, aucun absolu. Ceci permet de mesurer alors l'étendue de l'incertitude, du flou de ces informations.

Parfois on dit "je pense que" ou "X pense que". Cette phrase dont la précision et surtout la véracité de l'affirmation ne semble pas faire de doute, recèle en fait de façon importante une ambiguité, un piège même que notre inconscient nous tend.

Finalement, pourquoi parler d'information puisque tous les facteurs en jeu ne sont jamais sûrs et qu'ils nous trompent à chaque instant, nous faisant même dire "on ne sait jamais rien" ou "l'information ne passe pas".

Mais c'est cette ambiguité au sein d'un collectif informateur informé qui nous intéresse et en résumé nous n'allons pas ici nous préoccuper de l'information, mais bien davantage de problème de communication qu'elle sous-tend.

o o

o

CHAPITRE I

POURQUOI EVOQUER CES PROBLEMES EN PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE.

CHAPITRE I

POURQUOI EVOQUER CES PROBLEMES EN PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE.

I - Et pourquoi nous poser de telles questions, à savoir l'Information, la Communication interhumaine ?

La conception même de relation semble être une évidence à l'intérieur d'un collectif, en réalité il n'est pas très éloigné de nous, le moment où on a commencé à parler de contacts humains et d'interrelation au sein de collectifs soignants et soignés, alors que déjà au siècle dernier, on avait déjà eu l'idée d'utiliser le milieu hospitalier comme facteur thérapeutique.

On ne s'occupe pas d'un malade isolé dans un service, coupé du reste du monde, où tout lui est inconnu, lieux et personnages et surtout où tout est vécu dans une dimension sado-masochiste qui ne fait qu'accentuer le repli autistique ou l'esseulement névrotique. Certes, des contacts s'établissent entre soignants et soignés, mais il ne suffit pas de savoir qu'on peut les utiliser dans une visée thérapeutique, il faut permettre l'éclosion même de cesrelations, leur développement

en tant que relations psychothérapiques, faciliter la mise en place d'un réseau de communication calqué sur un réseau d'échanges matériels, concret dans lequel le malade a la possibilité de se retrouver et de se situer. Pour DAUMEZON, l'hôpital est un "microcosme" qui, pour devenir thérapeutique, doit faciliter au malade l'investissement de ses conflits. "A tous les niveaux d'activité offertes au malade, il doit y avoir les occasions fréquentes d'identification et de transfert".

La mise en place de réseaux relationnels va en effet modifier le sens des rapports entre les individus impliqués dans le réseau. C'est l'atmosphère elle-même, le mode de vie qui se transforment en un système de soins, système articulé qui fait que la rencontre thérapeutique n'est plus une relation définitivement duelle médecin-malade, au contraire elle est "structurée par des réseaux inter-personnels multiples d'ordre symbolique" (AYME-RAPPARD-TORRUBIA).

II - Nous pourrions dire, avec Madame Anne ANCELIN SCHUTZENBERGER, que notre problème à tous est de communiquer de manière utile et adéquate ; "Nous essayons de nous faire comprendre lorsque nous parlons, nous tâchons de comprendre ce que l'on nous dit, et de savoir ce qui se passe dans toute relation humaine, en notre présence".

"La réalité est infiniment difficile à saisir si nous voulons appréhender non la crête de la vague du comportement humain, mais les courants sous-jacents qui l'expliquent." Ainsi que le dit LACAN, "le réel est impossible à saisir".

"Comprendre et se comprendre est difficile". Nous ne voyons guère ce qui se passe hic et nunc dans les inter-actions d'un groupe, dans les relations d'un être avec lui-même et avec ses rôles divers.

"Il est souhaitable de comprendre d'abord l'Autre, l'aider à prendre conscience de ce qu'il est et de ce qu'il souhaite afin qu'il découvre lui-même des moyens de diriger et de se situer lui-même.

III - L'histoire du Mouvement de Psychothérapie Institutionnelle.

L'expression "thérapeutique institutionnelle" qualifie ainsi "la forme de thérapeutique de groupe qui s'établit souvent à l'insu du médecin dans les Hôpitaux Psychiatriques du fait de l'organisation matérielle et des interactions psychosociales entre les malades et entre malades et personnel".

Cette organisation "rigoureusement antiségrégative" (BONNAFE) consiste à articuler dans une structure sociale concrète, les techniques d'ambiance et les techniques psychothérapiques en un système global de soins psychiatriques.

Déjà, en 1848, BOUCHET disait : "L'individualité sociale doit disparaître et se fondre dans la vie commune qui constitue la base actuelle et principale du traitement des aliénés". Ces notions ont été reprises par la suite et précisées par DAUMEZON et KOECHLIN en 1952.

Herman SIMON, vers 1925 donne une nouvelle orientation à la thérapeutique du malade mental ; il "proclame explicitement que l'application à une vie collective active et ordonnée est le meilleur moyen psychothérapiquepour obtenir la guérison symptomatique des maladies mentales". En 1905, alors que des malades participaient à la construction d'un hôpital, il avait remarqué des modifications importantes tant au niveau du caractère productif du travail effectué que sur l'ambiance hospitalière, c'est de là qu'il préconise la thérapeutique plus active.

Lorsque H. SIMON dénonce les trois maux qui menacent les malades mentaux dans l'hôpital - l'inaction, l'ambiance défavorable et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même - en conférant au concept de responsabilité "un sens

biologique d'harmonisation avec le milieu", il tient à ce que l'on considère l'hôpital comme un "organisme vivant qui peut présenter 1 maladie et dont il convient d'étudier le phénomène global pour y porter remède".

Dans la conception simonienne, la thérapeutique passe par 3 stades :

- la liberté "l'open-door" qui ne doit jamais se confondre avec le "laisser faire" ;
- la responsabilité ;
- la maîtrise psychothérapique du milieu avec étude de résistance émanant du personnel et du milieu.

Dans le cadre relationnel du malade, le médecin ne doit être qu'"un relais impersonnel" qui doit toutefois s'engager personnellement et tenter de déterminer les facteurs du milieu influençant le comportement du malade. En fait, le malade, par l'intermédiaire de ce réseau articulé, doit reprendre en mains son sort, son devenir et ne plus se considérer comme définitivement irresponsable.

La Psychothérapie de groupe américaine s'est élaborée peu à peu à partir des écrits français. FREUD, vers 1910, pose le problème de l'emploi des techniques psychanalytiques, non seulement dans le traitement des psychoses mais aussi en tant

[illegible] dans tous les établissements hospitaliers.

[illegible] a permis à nos praticiens d'orienter la thérapeutique dans certains hôpitaux et avec le sociodrame et le psychodrame, elle a constitué une branche de la sociométrie. Pour [illegible], la Thérapie s'impose "les problèmes d'un individu ne pouvant pas être résolus dans un groupe artificiellement coupé de la collectivité".

La réintégration sociale, la rééducation doivent se faire par l'intermédiaire d'activités variées qui doivent assumer tous les types de réadaptation ; ceci peut s'effectuer par le biais de clubs thérapeutiques, à gouvernement autonome organisé selon la formule de BIERER au Glasgow Royal Mental Hospital. La psychothérapie de groupe d'une institution impose donc l'insertion des déterminants affectifs interindividuels, autant que celles ces déterminants sociologiques sous-jacents.

Les conceptions anglo-américaines ont permis aux Français de dépasser la Thérapeutique plus active telle que SIMON la concevait.

C'est finalement Paul BALVET au Congrès de MONTPELLIER en 1942, qui, avec TOSQUELLES, amorça le mouvement français de

Psychothérapie Institutionnelle.

Depuis cette date, n'ont cessé de paraître des rapports, des écrits, des thèses qui en faisant une critique des institutions traditionnelles, donnaient aussi le jour à des projets d'institutions idéales où l'action psychanalytique avait sa place dans la thérapeutique de groupe.

o o

o

CHAPITRE II

L'EXPRESSION

-:-:-

CHAPITRE II

L'[illegible]

I - Genèse de la Communication Humaine.

Nous nous proposons donc de tenter une description et une analyse des circuits de Communication des problèmes d'échanges de langage de notre Service. "L'instrument principal de la Communication porteuse d'Information, c'est le langage", affirme JAKOBSON ; mais on ne doit pas considérer le langage comme de simples échanges de paroles - il doit tenir compte aussi de la fonction de la conduite gestuelle. L'ensemble de signes phoniques et acoustiques que représente la parole est bien le moyen-type de la Communication. Seulement il est bien évident que dans certaines conditions et pour certaines catégories d'individus, les échanges verbaux, comme forme de relation humaine, ne peuvent être les seuls et un autre système de signes leur sont substitués, en partie ou en totalité. Donc le support matériel des circuits de Communication est bien le langage mais, avec JAKOBSON, nous ajouterons que nous ne pouvons négliger de la "comparer aux autres systèmes symboliques le système des gestes, par exemple".

Nous pourrions retenir comme schéma du processus de Communication la remarque qu'a fait SPITZ : "Toute modification perçue du comportement, qu'elle soit intentionnelle ou non, dirigée ou non, au moyen de laquelle une ou plusieurs personnes peuvent influencer la perception, les sentiments, les émotions, les pensées ou les actions d'une ou de plusieurs personnes, cette influence étant soit voulue, soit involontaire".

Chez l'enfant, les premiers actes de Communication ne sont même pas représentés par un comportement gestuel ; les attitudes vis-à-vis de la mère, le fouissement, les positions de demande ou de refus résument une véritable conduite du corps.

Le fouissement - tel qu'il est décrit par SPITZ - est bien le premier acte ~~rationnel~~ relationnel chez l'enfant ; il est conçu ainsi par la mère qui l'investit en tant que Communication. En fait c'est un comportement de détour, phénomène passif interprété par la mère et qui, du point de vue de l'enfant, ne représente pas un procédé en Communication. Il n'est marqué d'aucune intentionnalité. Le fouissement se produit d'ailleurs chez le nourrisson au stade préobjectal et une des conditions d'une Communication dirigées est précisément l'acquisition de la distinction entre le Je et le non-Je.

Toutefois, la connaissance de ces messages reliés à l'oralité, où le signe linguistique n'a pas encore sa place, montre bien l'importance du rôle joué par la bouche dans l'ontogénèse de la Communication. Cette référence à l'oralité, outre qu'elle nous mène droit au problème de la parole parlée, peut aussi nous faire réfléchir sur la signification des mimiques. Habituellement tout sujet parlant, poussé par son instinct d'expression à utiliser les ressources de la langue, s'extériorise aux moyens de la parole organisée.

Lorsqu'un schizophrène n'a pour toute manifestation qu'une moue, qu'un geste directement en rapport avec la bouche, ne pourrait-on pas s'abstenir de conclure hâtivement en portant un diagnostic sans se préoccuper de la signification du geste - ne devrait-on pas interpréter un tel comportement - même très archaïque - comme un langage ou comme un parole au sens où de SAUSSURE l'emploie en tant qu'"acte individuel correspondant à l'usage que chacun fait du système de signes de son groupe".

II - L'ambiguité de la parole

On pourrait tenter d'étudier la parole dans les réunions, non seulement la circulation de la parole, mais aussi l'accès à la parole et la valeur de toute conduite verbale à l'intérieur d'un groupe.

L'attitude des participants à une réunion est d'abord différente selon qu'il y a ou non un thème, un ordre du jour, précisant d'emblée les limites de la discussion. Toutefois, celle-ci sera souvent menée "en dehors du sujet", ce qui ne devrait guère être embarrassant, sauf dans le cas de décision urgente à prendre en groupe.

Les silences qui peuvent se produire en cours de réunion et qu'il ne faut pas négliger dans l'analyse du déroulement, ne sont pas anxiogènes ; ils ne mettent pas directement en question le devenir de la réunion. Alors qu'au contraire le silence inaugural d'une réunion est particulièrement angoissant, représentant un vide énorme, posant un problème franchement existentiel au niveau du groupe. On peut rapporter cette angoisse qui s'accroît avec la prolongation du silence, à l'inhibition personnelle des individus et aussi au contexte de la réunion ; il faut beaucoup de doigté et de maîtrise au président de séance pour saisir les tensions, contrôler les premiers mots qui sont parfois l'expression d'une agressivité jusque là contenue.

Parfois on voit un individu prendre aisément la parole, approuvé ou non par ses co-équipiers. Souvent il s'agit du porte parole d'un groupe révèlant ainsi ce que personne n'osait dire. Plus souvent, cette réalisation verbale ne se

passe pas dans le domaine conscient : le porte-parole exprime ce que les autres ne pouvaient verbaliser, car cela ne constituait pas leurs préoccupations apparentes. Ce porte-parole, véritable analyseur de l'inconscient du groupe, est souvent mal supporté par les autres.

Ce problème est ressenti de façon particulièrement aigüe lorsqu'il s'agit des malades entre médecins et infirmiers. En effet le malade est souvent une monnaie d'échanges un objet médiateur dans ces discussions entre soignants : on parle de l'autre pour essayer de se définir l'un par rapport à l'autre ; on utilise l'absence des autres pour se retrouver.

Cet intermédiaire transférentiel entre médecins et infirmiers image bien le caractère flou, faux presque, de la parole en tant qu'objet d'échanges entre nous.

Des recherches faites par les psycho-sociologues ont mis en évidence que le message reçu n'est qu'exceptionnellement le message émis.

Nous avons tous l'habitude de compléter certains messages, téléphoniques par exemple, ou de modifier certains propos que nous transmettons. "Le message est toujours plus ou

moins déformé en chemin", accompagné de parasites altérant l'Information. Ces incidents de transmission peuvent être reliés directement au canal de Communication ou à l'émetteur, ce qu'il représente pour nous, les relations que nous entretenons avec lui, etc...

EMERSON disait : "Vos pensées crient si fort que je n'entends pas ce que vous me dites".

ROGERS disait bien que nous réagissons toujours au sentiment d'autrui et non à ce qu'il dit. C'est donc bien notre vie affective, notre problématique émotionnelle, nos interrelations avec autrui qui peuvent expliquer ce qui se passe au niveau verbal conscient.

"Les échanges d'idées ou d'Information sont en réalité des échanges d'attitudes ou d'émotions".

Mme Anne ANCELIN-SCHUTZENBERGER dit encore que la Communication passe aussi bien par le non-dit que par le dit, par le manque que par la présence, par le silence que par la parole. "Chaque mot a en chacun de nous une résonance qui lui est propre, liée à sa personnalité, ses habitudes, etc... Nous devons donc décoder la Communication et nous sensibiliser au

signifiant du lien interhumain; ce qui est encore plus ardu à démêler, c'est la complexité des rapports entre ce qui est dit et ce qui est ressenti, entre ce qui est éprouvé et ce qui est rationalisé.

Nous mettons toujours plus de choses que nous pensons dans nos paroles et nous avons été souvent frappés de voir que la parole qui avait retenu l'attention du patient, et qu'il éprouvait le besoin de nous rappeler, était souvent une parole par nous oubliée ou par nous jugée insuffisante.

Celui qui reçoit la parole, reçoit la parole elle-même et avec elle quelque chose d'autre que le sens littéral des mots et des phrases, nous dit ECK.

III - L'Apport Freudien et l'Utilisation des Données Analytiques.

Dans les réunions où "ça parle", de même que dans les réunions muettes, il est difficile de rapporter les propos à un thème déterminé, et à un interlocuteur précis. Il semble bien que chaque récepteur, chaque oreille interprète.

Ces interprétations personnelles sont intéressantes s'il existe dans un point du collectif un lieu où on peut en

discuter, une sorte de table ronde des analyses ou des interprétations. Ce qui est valable, c'est non pas une interprétation, mais la confrontation de plusieurs analyses à l'intérieur du même groupe, à condition que tous les membres du groupe supportent cette mise en question, pas seulement plus ou moins inconsciemment dans l'ici-maintenant mais aussi dans leurs relations transférentielles ultérieures.

On le voit, il est difficile de parler d'interprétations sans faire appel, à quelques notions analytiques, ou à un certain vocabulaire que FREUD nous a appris à manipuler - Actuellement, il n'y a pas de méthode de Psychothérapie, qui de près ou de loin, n'empruntent quelque chose aux conceptions psychanalytiques.

Les Psychothérapies d'orientation psychanalytique ont été critiquées ; elles cherchent pourtant à être des thérapeutiques adaptées aux patients "considérés en tant que personnes malades".

En réalité, ce qui compte, c'est l'efficacité d'une méthode plus que ses références.

Lorsqu'on observe une réunion, on peut interpréter avec prudence certains silences ou certaines paroles, certains

courants de parole, en sachant bien la part prise par les défenses de chacun, les résistances mêmes.

Il semble que ce soit banal que de souligner l'importance de la parole donnée et de la parole reçue.

L'Ecole Psychanalytique de LACAN s'est efforcée de souligner d'une façon constante cette primauté du "LOGOS" de la Psychanalyse. C'est par là que "l'attention flottante" de FREUD n'est pas toujours suffisante, même dans une réunion où ça parle et où les soignants ne veulent que peu intervenir. La parole du soigné est aussi importante que la parole du soignant Il s'agit d'un dialogue et non pas du monologue de l'analyse dans la Psychanalyse duelle. C'est pour ces raisons que le soignant doit tenir compte de manifestations contre-transférentielles qui viennent jouer un rôle au moins égal aux manifestations transférentielles.

La parole médiatrice, dit ECK, de l'intersubjectivité de la Psychothérapie n'est jamais totalement adéquate à la pensée de celui qui l'exprime. LACAN dit même que la parole amène toujours un peu plus que ce que veut exprimer celui qui la prononce et souvent quelque chose d'un peu plus différent.

La parole et le silence prennent une place considérable, comme dans la Psychanalyse ; la parole parce qu'elle s'inscrit dans la dialectique d'un dialogue et le silence parce qu'il doit être manoeuvré : tantôt forcé, tantôt respecté.

ECK affirme qu'il n'est pas de parole vaine et nous rencontrons avec lui LACAN pour dire que "même s'il ne communique rien, le discours représente l'existence même de la Communication ; même s'il nie l'évidence, il affirme que la parole constitue la vérité, même s'il est destiné à tromper, il spécule sur la foi dans le témoignage".

Cependant, s'il est des silences qui sont lourds de signification, nous ne pensons pas que tous les silences correspondent à quelque chose.

"Il est des silences qui expriment la résistance, il est des silences qui expriment le bien-être, il est des silences qui expriment l'indifférence ou l'ennui, il est des silences qui n'expriment rien du tout".

Il est abusif de vouloir toujours trouver une signification aux choses, surtout quand cette chose est expression de rien ; au thérapeute de faire la discrimination entre le silence signifiant et le silence néant. "Par contre, la parole,

c'est toujours quelque chose". Par la parole, le sujet cherche toujours à se communiquer même s'il ne s'en sert que pour essayer de tromper. "Cette Communication de soi à autrui, c'est le "besoin d'être jugé" comme le fait remarquer Jean HYPPOLITE, c'est un besoin qui ne quitte pas l'homme, c'est un besoin d'être reconnu, c'est un appel à l'histoire".

Dans une psychothérapie d'orientation analytique, on est autorisé à intervenir, à interpréter de telle façon que le sujet soit amené à trouver en lui-même la possibilité de se juger en se référant à des critères sains. La non-intervention a quelquefois tendance à laisser l'analyse duelle s'enliser ; la parfaite impartialité n'est pas toujours incompatible avec l'intervention parlée.

"Le maniement judicieux de la parole et du silence demande davantage que la neutralité bienveillante, ou que l'attention flottante ; il faut saisir l'occasion, la faille qui permettra de gagner du temps sans traumatiser le malade".

Etant donné qu'un service se trouve pris dans une dynamique plus engagée qu'une analyse duelle, il est évident que les réactions transférentielles ont une importance accrue. Mais certains psychothérapeutes rejettent le terme de transfert

pour ne parler que de relations jaillissant "entre le je et le tu sans présumer de la nature exacte de ce type de réaction".

La simple relation "de présence" n'est pas un transfert à proprement parler ; elle représente la relation intersubjective élémentaire. On peut davantage dire que l'ensemble des relations représente une "dialectique du lien interhumain" au sens où l'entend HESNARD.

o o

o

CHAPITRE III

LE SERVICE ET SES REUNIONS

-:-:-

CHAPITRE III

LE SERVICE ET SES REUNIONS

I - Le Service

Le service est un service mixte accueillant les malades d'un secteur géographique déterminé, constitué inégalement pour le recrutement masculin et féminin expliquant le nombre d'admissions Hommes plus important que le nombre de Femmes.

Les régions intéressées sont de divers types, les villes d'Orléans et de Gien distribuant une clientèle variée, alors que le reste du secteur nous apporte une clientèle essentiellement rurale.

1/ Les Pavillons :

Le service comporte :

- 5 pavillons de soins
- 1 pavillon de Jour
- 1 local atelier
- les terrains de sport communs à tous les services.

Les cinq pavillons de soins sont répartis ainsi ;

- 1 surchargé de malades chroniques hommes, groupant des vieillards déments, des arriérés profonds ;

- 1 vétuste dont l'architecture date de 1913 ayant des malades femmes de long séjour, essentiellement des schizophrènes anciennes ou des délirantes chroniques ;

- 1 pavillon assez moderne où se font certaines entrées hommes, en particulier quelques entrées difficiles ;

- 1 pavillon moderne et neuf et où se font les admissions des deux sexes ;

- 1 pavillon mixte où se font quelques entrées hommes.

On est en train d'aménager un pavillon en centre d'attraction, qui devrait être le "Forum" du service, où sont localisées les différentes activités proposées aux malades et où ont lieu certaines réunions. La topographie des lieux et leur agencement font que les contacts y sont facilités , d'autant mieux que des infirmiers et infirmières sont spécialement attachés à la constitution de groupes et à l'organisation des activités, en fonction non seulement des possibilités mais aussi du désir des malades. C'est par leur intermédiaire que fonctionnent les différentes commissions du Club. Dans ce pavillon, il s'agit de "voir" le malade d'une manière différente de celle du pavillon de soins ; il s'agit de l'aborder autrement

afin d'introduire avec lui un autre type de relations qui lui permettra peut -être de "se retrouver" dans le réseau d'échanges qui va se constituer autour de lui et par lui.

L'atelier comprend des micro-ateliers répartis autour d'une pièce centrale et où sont comprimées diverses occupations plus ou moins élaborées destinées surtout aux hommes. Ce lieu, traditionnelle ergothérapie, a subi peu de transformations au gré de l'évolution du service depuis de nombreuses années, ceci pour différents motifs, d'abord la difficulté pour une ergothérapie de se maintenir en dehors de certaines considérations économiques, les contingences matérielles propres au couple travail-salaire. Ce problème du pécule, celui du marché extérieur, de la concurrence, la recherche d'activités nouvelles, l'adaptation de celles-ci aux différents malades sont autant de problèmes difficiles qui bloquent l'évolution de l'ergo classique, en lui permettant tout juste de survivre.

En effet de nombreux facteurs entrent en jeu lors du choix des activités, le type de troubles mentaux, le sexe du malade, mais aussi son métier, son Violon d'Ingres, son "besoin d'évasion ", ses possibilités intellectuelles ou manuelles.

Et pourtant, le lieu d'occupation devrait être aussi un lieu de relations. COLMIN disait en 1962 "L'organisation

atelier est c nçue de façon à développer au maximum les échanges interhumains, en particulier les échanges de langage".

Là encore, on est piégé par le malade, car, le pavillon a tendance à fonctionner comme une maison isolée et les différentes maisons ne communiquent guère entre elles. Le "lieu ergo" est le "chez soi", autant des ergothérapeutes que des malades y travaillant, et n'admet que peu d'intrusion, pas plus qu'il ne consent à une colonisation au dehors.

Cette tendance au cloisonnement risque de faire un véritable système forclos aussi intolérant que les différentes institutions du monde extérieur.

2/ Les Equipes soignantes

Les équipes soignantes sont constituées de :

-1médecin et 2 internes,

-1 surveillant général et 2 surveillants,

-1 assistant social

Au niveau des pavillons de soins, la structure est classique : chef d'unité de soins, infirmiers et infirmières. Dans tous les pavillons - sauf celui occupé exclusivement par les femmes - le personnel est mixte.

II - Les réunions

Dans le service ainsi décrit, nous nous réunissons régulièrement.

1/ Réunions de soignants :

A) Une réunion est dite générale quandsont représentés un ou deux membres de chaque pavillon de soins - un infirmier du pavillon-activités - un ergothérapeute - des surveillants, l'assistant social - le médecin - une secrétaire.

A cette réunion, nous parlons de problèmes généraux du service, de l'ergothérapie.

C'est ici qu'ont été discutés le problème des activités, de la mixité, par exemple.

La secrétaire prend un condensé sténo de la réunion et distribue ensuite un compte-rendu qui est censé informer l'équipe soignante absente. De nombreuses critiques ont été formulées vis-à-vis du compte-rendu, son principe même et son mode de présentation.

En effet le principe de sa lecture dans les pavillons a soulevé de gros problèmes ; est-il lu ? par qui ? et pourquoi ? De plus, est-ce que la seule lecture de cette feuille dactylographiée peut traduire "ce qui s'est passé" à la réunion, avec tout ce qu'elle a d'instantané, de vécu.

Est-ce que l'Information est d'écrire et lire ce qui a été vécu ?

Par ailleurs, il semble bien que si chaque participant faisait lui-même un compte-rendu, celui-ci serait différent. Chacun y mettrait un peu de lui-même, faisant référence non seulement à ses opinions vis-à-vis d'un problème particulier, mais aussi à son passé, à sa position au sein de la collectivité, ses rapports avec les autres.

En refusant toute possibilité d'objectivité, nous bloquons le concept d'Information tel qu'il a été pensé jusqu'à présent.

B) La réunion de pavillon assemble tous les soignants d'une équipe, un surveillant, un ou deux ou trois médecins. On y traite à priori les problèmes du pavillon ; on peut y reprendre les mêmes thèmes qu'à la réunion générale mais vus à l'échelon du pavillon.

C) Une réunion "entrées-sorties" groupe surveillants, assistant social, médecins et quelques soignants d'un pavillon d'admission. Elle vise à discuter des entrées et des sorties de la semaine et des problèmes posés très concrètement par les

entrants récents ou au contraire ceux en instance de sortie.

D) Une réunion d'organisation rassemble surveillant, assistant social, un médecin, équipe du pavillon-activités, équipe ergothérapie. Elle a pour but de confronter les points de vue entre pavillon-activités et ergothérapie, de trouver un terrain commun qui visera à introduire nos malades dans un filet d'échanges pratiquement infaillible.

L'avantage de ces réunions est que les équipes ergo et activités sont toujours les mêmes, en raison de leurs horaires qui les font rester dans le service matin et après-midi.

2/ Réunions de soignés

a) Une réunion de pavillon a lieu régulièrement, elle assemble les pensionnaires d'un pavillon avec quelques infirmiers autour d'une table avec ou sans ordre du jour. "On tente de laisser parler le malade". Quelques réunions ne se sont détendues qu'après le café offert à tous et toutes qui devait en principe clore l'entretien.

b) La réunion du pécule est regulière parce que sous-tendues par le salaire mensuel. Les pensionnaires y discutent leur pécule, son montant, quelquefois âprement. Cette réunion

du pécule a beaucoup été utilisée il y a quelques mois pour essayer précisément d'induire une zone de discussion, d'intéressement du malade. Il est indiscutable que dans certains cas son effet fut important.

c) Les réunions du Club :

L'Assemblée générale groupe nombre de personnes soignantes et soignées devant un ordre du jour.

Les commissions s'occupent de branches particulières du Club.

Exemple : commission du salon de coiffure
" des sports
" des finances.

Dans ces commissions qui ne sont pas tenues de se réunir régulièrement, les pensionnaires sont directement intéressés à la gestion matérielle et financière, donc impliqués personnellement dans l'histoire et le maintien de ces activités, dans la mise en place des structures.

La réunion de ces commissions exige des contacts entre pensionnaires d'un même pavillon, avec ceux des autres pavillons, avec les conseillers techniques. Enfin toute cette procédure doit comporter nécessairement tout un protocole d'échanges verbaux qui conduisent tout naturellement à la cons-

titution d'une zone d'échanges qu'est la réunion effective de la commission. Il s'agit bien pour les malades, non seulement de dire et de faire, mais aussi d'écouter les autres. Cela pose de façon aigüe le problème de l'écoute car l'attitude du soignant sera bien différente devant les soignés bienveillants à l'égard des élucubrations délirantes d'un des leurs, ou au contraire devant des malades dont la rigidité coupe court à toute explosion de "folie". Or, où a-t-on le droit d'être fou, si ce n'est à l'hôpital ?C'est alors que le problème de l'accès à la parole est posé, non pas tellement aux soignants, mais aux soignés.

o o

o

CHAPITRE IV

Les réseaux de Communication à l'intérieur du Service.

CHAPITRE IV

On essaie maintenant d'étudier les Réseaux de Communication à l'intérieur du Service.

"Le langage, par échange de parole permet d'instituer d'autres moyens d'échanges, moyens d'assurer la transmission des biens techniques ou des idées. Lorsqu'on veut analyser la structure d'une société ou d'un groupe, il faut étudier la modalité des échanges économiques, sexuels, idéologiques", nous précise G. MICHAUD.

On peut déjà supposer que les caractères des interrelations humaines dépendent de la structure même du service. La structure pavillonnaire n'entraine pas les mêmes problèmes d'Information qu'une architecture unique et hermétique. Dire que la perméabilité est plus ou moins importante dans le cas d'un service multipavillonnaire serait bien hasardeux ; on peut toutefois préjuger des problèmes de circulation à l'intérieur d'un collectif soignant et soigné et ceci entre les divers pavillons. Le type même de structure conditionne le type de relation ; c'est pour ces raisons que la mise en place de structure est l'étape importante dans l'institutionnalisation du

service ; en effet la structure par elle-même n'est pas thérapeutique, mais les problèmes relationnels qu'elle induit confèrent à l'ensemble une dimension psychothérapique.

On sait bien déjà que des coordonnées situationnelles différentes font varier les modalités des échanges soignants-soignés.

Exemple : le médecin derrière son bureau, l'infirmière en blouse avec son plateau de médicaments introduisent un certain type de rapports avec les malades, dans une dimension sado-masochiste qui s'appuie sur des données que l'on pourrait baptisées de spatiales. Il s'agit bien de la "position" de chacun dans l'espace, l'un par rapport à l'autre; le type de relation provenant des contacts soignants-malades, accoudés devant un verre au même bar sera tout autre. Il est donc clair que les structures elles-mêmes règlent la modalité des relations soignant-soigné ; aussi c'est bien en agissant sur la structure que l'on peut espérer modifier la nature des contacts.

Mais ces échanges se situent rarement dans la sphère consciente, il faut donc tenir compte de la dimension inconsciente dans le mode de rapports que nous entretenons les uns avec les autres. Cet élément inconscient, encore qu'il nous angoisse, nous laisse surtout dans une incertitude qui nous

piège à tout coup.

I - Les lieux où "ça parle"

Nous allons tout d'abord aborder le problème des points de rencontre, où l'Information doit "passer", où indéniablement "ça parle".

Les réunions de soignants ont été conçues au premier chef pour permettre une Information des infirmiers et infirmières. Plutôt "on a pensé que ces réunions étaient telles...

Quelle Information est susceptible de "passer". Est-ce qu'il s'agit seulement d'Information ? Il est bien sûr que lors de ces réunions, comme on va le voir, sont traitées des affaires courantes ; on est donc informé de certains réels, mais d'une façon parcimonieuse et discutable puisqu'elle ne tient que peu compte de l'autre dans la relation informateur-informé, ce qui nous fait encore insister sur l'ambiguité, le flou de l'Information.

Parler des problèmes concrets posés par les malades décharge ces problèmes d'une partie de l'angoisse ou de l'agressivité qu'ils font naitre. Leur exposé permet d'en avoir une vision plus nette, moins dramatique parfois.

Ces réunions permettent de mobiliser les attitudes inconscientes, de saisir les tensions du groupe, ce qui nous aide à ajuster notre technique thérapeutique. De plus, souvent, elles facilitent un contact plus matériel, un abord plus direct plus détendu entre les différents soignants ; le malade est bien là comme l'objet d'échange entre les soignants qui évitent aussi souvent inconsciemment de parler de soi ; mais d'ailleurs, comment parler de soi sans faire référence à l'autre ?

Ces réunions sont de deux types :

Il s'agit soit d'une assemblée composée d'un représentant de chaque pavillon

soit d'une réunion de pavillon où l'on traite plus particulièrement des problèmes propres au pavillon.

En apparence, ces réunions ont un but précis, à savoir l'organisation du collectif, la mise en place de structures, ou plus simplement des problèmes de la vie quotidienne ; surtout ces réunions peuvent être considérées comme un lieu où l'on parle, un lieu "où l'on peut dire", un lieu support de Communication. L'intérêt propre de ces réunions, leur valeur dans l'ici-maintenant réside bien dans le fait que l'on expose certains problèmes ; d'ailleurs les exigences quotidiennes nous amènent même parfois à dénoncer l'improductivité, l'inefficacité de telles assemblées "où rien n'est décidé". On peut dire bien

sûr que l'analyse même des conflits, des problèmes permet une optique plus nette, moins passionnée de certains points.

Mais ne pourrait-on pas considérer aussi ces lieux où l'on parle comme des moyens de Communication. Envisager ces réunions comme des analyses et synthèse d'une portion de vie pavillonnaire ne pose évidemment pas le problème de l'accès à la parole. Mais n'est-ce pas une défense bien organisée que de refuser un arrière plan, certes moins bien structuré, à ces préoccupations du moment.

Lorsqu'on dit "on est hors du sujet", on pourrait fouiller un peu le contenu et on s'apercevrait alors que, reprenant une expression chère à notre service, "le sujet est toujours ailleurs", insistant encore sur le flou et l'insaisissable du réel.

Quant aux réunions de soignés, c'est là où on peut se poser le plus amèrement le problème du droit à la parole. Il faut donner des moyens, des conditions adéquates pour permettre l'accès à la parole et sa circulation.

"Le sujet se met à parler dès que des circonstances favorisent les prestations et contre-prestations",c'est ce que nous dit OURY dans son rapport sur les Clubs.

Les réunions du Club groupent soignants et soignés mais le bureau étant composé presque exclusivement de soignés, il accorde une parole égale aux soignants et soignés. Ceci théoriquement car les traditions, les habitudes ancestrales de type asilaire laissent persister une image fantasmatique qui fait que le malade a une "petite parole" devant l'infirmier ou le médecin. Et une sorte de phallicisation du soignant aboutit à sa totémisation qui fait que certaines paroles ou certains actes sont tabou, respectant bien encore la "parole pleine" de Lacan, apanage du thérapeute

Exemples :

L'Assemblée générale du Club, le président du Club, un pensionnaire de long séjour mais de haut niveau - ouvre spontanément la séance et le même rite lui fait clore l'assemblée. Par contre le fait de donnerla parole aux personnes qui lèvent la main est une habitude qu'il a lentement adoptée et actuellement un conseiller technique doit lui "souffler" que certains rapports de commissions doivent être lus en public.

- Au Club encore : problème du journal parlé. Le programme de la journée est lu au moment des repas. Etant donné que sa mise en page est surtout effectuée par un conseiller technique, on se demande qui devra le lire, un pensionnaire

ou un infirmier.

Indécision, refus plus ou moins explicite des pensionnaires, qui déguise plus ou moins bien le refus du programme lui-même, avec ce qu'il comporte d'autoritaire, amène le président du club à prendre une décision qui n'est peut être pas la sienne, mais il a dû se sentir plus ou moins consciemment le porte parole de l'assemblée de soignés et il dit que le journal parlé doit être lu par un infirmier. "Ce sera mieux écouté et c'est son rôle". Cette référence à l'autorité de l'infirmier signifie bien que celui-ci est écouté, à l'opposé du pensionnaire qui né bénéficie pas de l'écoute de ses camarades.

II - Articulation des réunions

Les différentes réunions doivent s'articuler, s'interférer, c'est dans ce sens que le réseau de Communication peut s'instituer en tant que réseau.

Il s'agit non pas d'une juxtaposition de réunions où sont assemblés un certain nombre de sujets qui parlent ou qui écoutent. Il faut des échanges à tous les niveaux qui vont sous-tendre un système d'inter-relations humaines, au même titre que des échanges économiques. OURY note que les différents type de

réunion s'articulent, "ces réseaux de Communication entretiennen un échange ininterrompu aussi bien dans un but de décision organisée et collective que dans un but de désaliénation, mais ces réunions n'ont de sens et d'efficacité que si elles reposent sur un système d'échanges de marchandises".

"Un individu qui s'y introduit est pris inconsciemment dans ce filet de prestations, s'engage par sa simple présence dans un circuit d'échanges orientés suivant une loi spécifique".

"Cette loi surdétermine le style de relations, induit les modalités du langage local, est elle-même articulation signifiante".

"La circulation des marchandises ainsi que le langage dans une communauté obéissant à un ordre symbolique dont la structure n'a rien à voir avec celles que les théories modernes de la Communication veulent trop souvent nous imposer comme modèle pour faire comprendre ce qui se passe dans un groupe".

Le Bulletin d'Information a eu une existence éphémère; il était destiné à lier les informations, à assurer précisément la continuité des échanges. Affiché dans chaque pavillon ,il devait être lu par les soignés et les soignants. Il a été rem-

placé par le Journal Parlé.

Les réunions et le Journal représentent des supports matériels apparemment indiscutables des circuits de Communication qui permettent une diffusion organisée de la parole. Ce sont des points de repère commodes, connus de tous, où chacun a officiellement le droit à la parole et qui donnent des indications valables certes, mais ni entières, ni exclusives.

A certaines réunions du Club, certains soignés se plaignent toutefois de ne pas être informés du programme des activités ; d'autres rétorquent que le journal parlé est lu, mais pas toujours écouté. Cette émission quotidienne relatant le programme n'est donc pas suffisante.

On pourrait multiplier les diverses initiatives au goû et à l'imagination de chacun ; il ne semble pas qu'une formule ait le pouvoir extraordinaire de faire passer l'Information.

III - Les lieux d'écoute

Nous voulons dire que, hors les réunions, il existe d'autres points du service, dans le temps et dans l'espace, où la parole circule.

OURY a dit qu'il y a "certains endroits dans un hôpital où ça parle, même dans le silence". Il ajoute que "cette faculté de sentir qu'il y a des endroits significatifs où un certain langage peut être transcrit, est variable selon les individus. On pourrait même faire des distinctions d'un point de vue nosographique, caractériologique etc...

Chacun dans le service, a ses lieux d'écoute. Tel pavillon, telle personne et ceci avec des coordonnées temporo-spatiales précises, a pour chacun d'entre nous une correspondance situationnelle donnée qui se colore différemment selon les préoccupations du moment.

Nous sommes perméables à un certain nombre de renseignements de façon discontinue. Cette écoute est donc sélective, c'est-à-dire qu'elle laisse filtrer des informations nous intéressant à un instant donné, à un point donné mais la même Information prodiguée dans un autre contexte nous laisse indifférent.

Notre perméabilité, notre attentisme sont donc très variable et dépendent de facteurs très divers, autant des messages eux-mêmes que notre problématique personnelle ou le contexte d'échanges. OURY parle aussi de certains lieux de l'Hôpital qui apparaissent à notre grande surprise "comme des

points de convergence des préoccupations inconscientes de différentes personnes". Ces lieux, apparemment neutres, sont indexés dans l'inconscient. Nous pouvons constater également qu'en certaines zones existe "une mobilité différente, variable suivant la personnalité de chacun, une certaine possibilité de dépersonnalisation, de pressions surmoïques ou autres, d'illusions corporelles qui peuvent expliquer en partie la topographie de certaines stéréotypies déambulatoires chez les schizophrènes ou les revendications pour être là plutôt qu'ailleurs".

Ceci souligne la "nécessité d'articuler constamment l'architectonie existentielle avec la simple architecture, l'aménagement d'espaces dans un hôpital nécessitant une grande variété de styles pour que les gens puissent s'accrocher inconsciemment aux choses qui correspondent à leur personnalité". (OURY)

Ces lieux d'écoute sont donc nombreux dans un collectif, ce sont eux qui conditionnent non seulement l'écoute proprement dite mais aussi l'accès à la parole, la diffusion de celle-ci ; en effet ils sont autant de coordonnées qui déterminent un réseau enchevêtré où l'information "passe" où les courants de circulation s'établissent ; où sont donc les problèmes de Communication sinon dans le parcours chaotique de l'Information, ou plus simplement dans la circulation de la

parole à l'intérieur de ce réseau.

Si l'on veut reprendre d'un point de vue subjectif, on peut appeler sources d'Information, tous les lieux, tous les instants officiels ou clandestins qui nous permettent non pas d'écouter, mais de dire. La subtilité des processus d'Information, leur variabilité quant aux sujets montre bien la difficulté que nous avons à répondre à la question "qui informe qui".

Il est facile de s'apercevoir que l'on n'est jamais informé : il ne se passe de jour où l'occasion nous est donnée de dire "je ne sais pas, je ne suis pas au courant". Ce non-savoir nous angoisse souvent, car l'écoute fait intervenir un jeu de gratification et surtout de frustration car il met en question directement notre place au sein du collectif ; d'autre part le "qui" du "qui informe qui" est précisément un indéfini insaisissable qui accroit notre désarroi et ce d'autant mieux que des Informations se passent souvent non pas dans le domaine réel, mais plutôt dans la sphère syncrétique et traitresse de l'imaginaire.

o o

o

CHAPITRE V

Le problème de l'accès à la parole.

CHAPITRE V

Le problème de l'accès à la parole.

I - L'Accès à la parole

Il nous parait évident à l'heure actuelle que l'on ne puisse traiter les malades mentaux sans établir certains contacts avec eux. Cette conception est loin d'être ancienne et on peut rechercher l'origine de ce qu'on peut appeler l'accès à la parole, si l'on veut bien écouter avec quelque attention les récits savoureux des anciens infirmiers qui se souviennent...

A l'origine déjà de l'histoire du malade, l'évènement de l'hospitalisation constitue la marque de l'échec pour le malade et son entourage familial ou socioprofessionnel de résoudre le conflit surgi entre eux à propos des signes prohibés par le milieu.

"Le milieu ne tolère qu'un nombre restreint de symptomes interdisant les autres qui sont considérés comme incompatibles avec le fonctionnement harmonieux du groupe en mettant en danger la cohésion ou l'existence même du groupe ou de la

société". On peut reprendre cette ségrégation sociale dont parle Racine, sur le plan des échanges. Il y a donc refus et rejet du malade par les autres supposés sains. Cet isolé n'aura donc aucune relation humaine. Dans la structure asilaire traditionnelle, le malade d'autant plus lorsqu'il était "agité" donc plus ou moins enfermé dans le pavillon prévu pour ce genre de troubles, était la plupart du temps abandonné à son excitation, à son activité délirante. Les besognes matérielles, indispensables qu'il imposait aux infirmiers étaient effectuées rapidement, soit dans la crainte des coups ou des bagarres ; la nourriture était passée sèchement et souvent dans le silence. On raconte fréquemment que de tels malades jouaient avec leur nourriture ou leurs excréments, parfois pour en faire des fresques, souvent pour les utiliser comme projectiles envers les gardiens. Avec quoi, avec qui pouvaient-ils avoir quelque contact, quelque échange ? C'était leur seule forme d'échange, de communication humaine à un niveau archaïque certes, mais pas moins valable qu'une relation élaborée au niveau du langage.

Donc non seulement on ne parle pas au malade, mais encore on ne l'écoute pas et on n'apprécie pas l'usage relationnel qu'il fait des seuls matériaux à sa disposition. Le seul échappatoire pour lui était la séance autorisée, codifiée même de revendication, de plaintes lors de la visite du médecin.

Ce moment unique où il avait le "droit" de délirer, était évidemment décevant et inefficace.

C'était l'instant où l'accès à la demande était toléré par tous ; si d'ailleurs la possibilité qu'a le malade d'écrire au Procureur ou à une autre autorité de tutelle, a été conservée, c'est bien, outre des raisons administratives purement juridiques, en vertu d'une reconnaissance implicite du non-droit à la parole.

D'ailleurs pourquoi parler seulement du non-dire du malade alors qu'on pourrait tout aussi bien décrire le mutisme infirmier.

Les infirmiers, bridés alors par une discipline carcérale, comparable à celles des malades, ne pouvaient non seulement comme on l'a dit, parler aux pensionnaires, mais encore parler au médecin. Le surveillant, le chef de pavillon, étaient seuls autorisés à rendre compte des évènements, à "signaler" les malades. Les possibilités d'échanges étaient assez limitées. De plus en plus encouragés par les techniques actuelles, les CEMEA, les infirmiers sont entrainés à "dire" en réunion et ce droit à la parole est de moins en moins contesté.

Peu à peu, l'asile s'est transformé en hôpital et l'hôpital est devenu hospitalier. On s'est aperçu que les conditions de vie, l'environnement du malade n'étaient pas indifférents à l'évolution de la maladie, on a commencé à parler au malade mental ; on limitait encore l'écoute à savoir qu'il existait une censure pour ses plaintes et ses revendications, cependant la sélection était moins arbitraire. Et on aurait pu d'ailleurs la rechercher davantage sur le plan de la problématique infirmier-malade que sur le plan purement administratif. L'angoisse présidant aux premiers contacts fructueux entre infirmiers et pensionnaires confirme bien cette conviction qu'il s'agissait d'un problème d'échanges, d'une difficulté à induire une relation avec autrui.

Actuellement, dans le service, il est des situations pour lesquelles on peut penser que l'écoute est entière alors qu'ailleurs plus ou moins inconsciemment on bloque les échanges à un stade très primitif.

Exemples et analyses

1 - Premier exemple

Un pensionnaire a eu un accident à l'atelier, il a de ce fait été obligé d'interrompre ses activités pour une période donnée et lors du paiement du pécule, le malade a été particu-

lièrement mécontent de voir une soustraction correspondant à son immobilisation.

Les autres pensionnaires, ceux de l'atelier, ceux du pavillon, ont été ulcérés et ont trouvé le procédé tout à fait injuste et ont fait une réclamation orale aux infirmiers de leur pavillon et aux ergothérapeutes. Ils ont même signé une pétition qu'ils ont remis à la commission d'ergothérapie.

Ce sujet a été évoqué en assemblée générale du club qui a précisé ensuite que l'accident de travail serait payé. Les malades prenant argument sur des modalités du travail à l'extérieur, considéraient que les accidents du travail ne devraient pas entrainer un manque à gagner. Ils l'ont dit, ils ont même apposé une signature.

Même si la question d'indemnités ou de pécule entier avait dû poser des problèmes sérieux économiques ou administratifs, une bonne technique était de ne pas heurter de front les convictions des malades et leurs espoirs, pour ne pas bloquer dans l'avenir leur accès à la parole.

Ces réunions de soignés visent donc au premier abord à faciliter les échanges, à établir des points de rencontre.

"Un lieu de rencontre est la condition même des échanges... la fonction de contact joue un grand rôle dans les rapports quotidiens à l'intérieur d'un collectif" dit OURY.

2 - Deuxième exemple

Il provient d'une réunion de soignants où il est question de problèmes généraux du service.

Le 3 mai 1966 sont rassemblés les représentants des 6 pavillons, les surveillants, les médecins et l'assistant social.

La question importante qui est à l'ordre du jour dans tous les esprits, mais qui n'a pas été indiquée avec précision est la mixité. En effet un pavillon bien aménagé du point de vue architecture et confort va désormais recevoir des hommes et des femmes. La cohabitation ne s'était produite qu'occasionnellement dans l'hôpital, cette initiative risque de soulever des tempêtes, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur. Il n'est pas question ici de signaler les avantages et les inconvénients, nous dirons seulement que les arguments les plus aisément utilisés dans le service ont été de deux ordres, d'une part les antécédents identiques non seulement dans les hôpitaux généraux et les cliniques mais aussi dans d'autres hôpitaux psychiatriques ; d'autre part une désaliénation plus logique puisque se rapprochant d'une vie quotidienne normale. La mixité donc et les problèmes concrets qu'elle engendre, nous

préoccupe tous, nous angoisse peut être un peu et la réunion risque d'être tendue.

Déroulement de la réunion

Long silence initial

un pavillon évoque un problème particulier des enterrements qui semble d'un coup prendre une importance énorme aux yeux de tous.

Le problème fait cependant référence à une question assez épineuse : la fonction de l'infirmier. Est-ce son rôle que d'aller faire office de croque-mort ?

Un autre participant s'engage dans la biographie psychiatrique d'un jeune malade Gérard, en indiquant que ce sujet pourrait bien être placé dans le pavillon mixte, en soulignant la nécessité de maternage pour ce jeune malade difficile qui est l'image même de l'échec des thérapeutiques et le nôtre en même temps.

Un autre pavillon parle de l'alimentation, de l'équipe ménagère, du pécule. Soudain on prend la défense des ateliers que personne n'avait attaqués...

Seulement les 5 dernières minutes consistent à dire qu'on n'est pas satisfait du régime actuel du service.

Analyse

Il y avait une attitude d'attente de la majorité, s'il y a des questions posées, on attend lesréponses, s'il

n'y a pas de demande apparente, on attend qu'il soit apporté quelque chose de neuf. Durant toute la réunion, seulement trois ou quatre personnes ont parlé, malgré les attaques volontairement contradictoires du président de séance qui utilisait astucieusement jusqu'aux hochements de tête pour donner la parole.

D'autre part la participation n'est quelquefois pas encouragée par l'attitude autoritaire rigide de certains qui figent les rapports.

En fait les digressions ont rassuré tout le monde et ont camouflé la déception de tous de ne pas avoir la "bonne" réponse, mais réponse à quoi ?

La fin de la réunion est un peu plus significative, il s'agit d'une révolte déguisée, vis-à-vis des médecins. Cette réunion réalisait certainement une énorme demande de la part des infirmiers qui réclamaient une sanction et en même temps ils auraient aimé une explication magistrale dur la mixité, ses avantages, sans dangers. Ils n'ont rien demandé de précis ; la "petite parole" filtrée est bien encore en vigueur.

L'attaque finale représente toutefois la dénonciation d'une lacheté ou d'une hypocrisie qui ferait barrage à l'accès à la parole. On n'est pas convaincu de l'honnêteté du régime, on lui fait un peu son procès ; c'est en tout cas la "foi" médicale qui est quelque peu bousculée, et pourtant, comme

dit SARTRE, "pour que la mauvaise foi soit possible, il faut que la sincérité elle-même soit de mauvaise foi".

On pourrait même interpréter l'intervention de l'enterrement et du maternage en faisant référence aux motivations profondes de la réunion. Toute l'inquiétude à l'égard de la mixité s'est cristallisée, d'une part en angoisse de castration (on nous tuera si...) ou bien en angoisse du devenir le premier écueil de cette initiative étant le problème de la mixité sexuelle.

Ces réticences à parler du problème d'actualité font donc référence à un non-dire mais en même temps sont intéressantes dans leur interprétation pour montrer les formes de passage de la parole, l'importance des échanges verbaux au niveau des réunions.

3 - Troisième exemple

26 janvier 1967 - Au Club, sont réunies une soixantaine de personnes, des soignés de tous les pavillons, et quelques soignants ; l'un est membre du bureau en tant que conseiller technique, les autres sont disséminés dans la salle, non pas selon un ordre préétabli qui réaliserait un éparpillement savant, chacun se place tel qu'il l'entend, au gré des sièges. Un ordre du jour est fixé et respecté par les pensionnaires du bureau qui remarquent rapidement et sévèrement les dissidents.

C'est dans ces conditions que le conseiller technique exerce son rôle, à savoir d'assouplir d'intransigeance du "maitre de parole". Certains schizophrènes ou débiles lancent une réflexion sur l'alimentation alors que le sujet officiel est le cinéma du service.

Un pensionnaire se lève, demande quels sont les infirmiers et infirmières affectés au pavillon qui va s'ouvrir incessamment.

Le surveillant général, à son tour se lève et remet simplement une liste au pensionnaire président qui le lit à tous.

Ce simple fait relate un extraordinaire changement de la traditionnelle rigidité d'un service, autant la parole pleine du malade que la tolérance, l'acceptation même du soignant à l'égard de ce qui aurait été appelé impertinence il y a seulement quelques années.

L'accès à la parole est donc bien conditionné par l'angoisse personnelle du sujet, le contexte des échanges verbaux, mais aussi par la réaction de l'autre, ce qui montre une fois de plus qu'on ne peut envisager de problème de parole sans parler d'inter-relation, de réseau de communication.

4 - Quatrième exemple

La réunion du 20 janvier rassemble encore "les gens du club".

Nous rapporterons un seul fait ; un pensionnaire connu pour son instabilité thymique et présentant alors un accès hypomaniaque, demande pourquoi les soignants se réunissent et pourquoi les malades n'y sont pas admis. Cette remarque judicieuse qui angoisse les soignants présents, est mal accueillie par quelques soignés ; pour certains cela ne fait pas problème mais d'autres découvrent des réunions effectivement insolites qui ne les ont pas inquiétés outre mesure jusqu'à présent.

Par contre les soignants, nous acceptons mal d'être mis en question en assemblée générale et malgré le self-control et la maitrise du bureau, une réponse douteuse quant à son opportunité est faite, qui ne calme pas les esprits mis en éveil, par cet astucieux pensionnaire.

La dénonciation du complot soignant à l'égard des soignés fait référence à des éléments beaucoup plus archaiques "qu'est-ce qui se passe derrière nous".

Cette angoisse qui rappelle celle de la scène primitive engendre une irritation et une inquiétude parmi les soignants qui met en question la fonction même de l'infirmier, la valeur symbolique de la blouse.

5 - Cinquième exemple

Assemblée générale du club, avril 1967

On discute de l'installation du bar, des difficultés matérielles, nombreux soignants et soignés sont réunis.

Un pensionnaire de bon niveau qui a été un des premiers activistes du club à sa naissance refuse depuis peu d'y siéger et de s'intégrer au secrétariat. Toutefois un atelier ouvrant sur la salle de réunion, il laisse la porte ouverte et s'approche même de celle-ci par instants pour mieux entendre ce qui se dit.

Un soignant à cette réunion, émet la possibilité de faire une vente ambulante précédant et amorçant l'ouverture effective du bar.

Les malades auraient pu ressentir - certains d'ailleurs l'ont vécu ainsi - cette suggestion comme le type même de la permissivité à la folie ; toutes les idées même farfelues sont donc bonnes à dire. Mais notre maitrise moralisatrice, notre pensée qui n'évolue souvent que dans la logique et dans le rationnel ont censuré cette initiative, soit par des mimiques savoureuses mais significatives, soit par des demandes d'explication qui d'emblée pointent le doigt sur les difficultés techniques et de ce fait bloquent les "possibilités de dire".

Ces difficultésmatérielles ne doivent pas bien sûr être totalement ignorées, mais elles seront la préoccupation de la commission du bar qui elle s'occupe des réalisations concrètes.

Ces interventions intempestives montrent bien la fragilité des "circuits parlants", l'angoisse que les manifestations de la "folie" suscite en nous et l'inquiétude des soignés devant cette attitude permissive des soignants à certains moments.

II - Les réunions muettes et la relation soignants-soignés.

Les réunions où "ça ne parle pas"sont aussi importantes que les autres. Leur déroulement est assez angoissant s'il s'agit d'une réunion de soignants à destinée organisationnelle et dont doivent découler certaines prises de position en vue de décisions ultérieures.

S'il s'agit d'une réunion pour dire (et non pour faire) on peut très bien tolérer le silence à condition qu'il soit assez bien supporté par tous. Or comme on l'a dit, le silence inaugural est très anxiogène par la mise en question qu'il impose, au niveau du groupe et au niveau de chaque individu.

On remarque que ces réunions muettes sont peut être davantage l'apanage des réunions de soignés. Pourquoi ?

Il semble au premier abord que ce problème soit

éloigné de notre sujet. En fait il en est ~~exclusivement~~ extrêmement proche car cette différence de statut de la réunion provient bien du type de relation que nous entretenons avec les infirmiers d'une part et les malades d'autre part.

Exemples de réunions muettes et analyses

1 - Un pavillon d'hommes pour lequel les premières réunions ont été la séance officialisée des revendications, des plaintes. Evidemment l'alimentation et le confort sanitaire sont toujours les premières armes, témoignant malgré tout non seulement des préoccupations faisant référence à des problèmes archaiques, de l'enfance mais aussi insistant sur le phénomène social propre à une collectivité hospitalière, à savoir l'importance des réalités de survie quotidienne.

Souvent on a répondu aux revendications soit par des explications rationnelles qui auraient dû, nous semble-t-il, être comprises par tous et taire dans l'avenir ce genre de réclamations, soit par des réflexions plus ou moins sarcastiques lancées malgré nous, traduisant à notre sur-moi défendant notre intolérance presque agressive envers les problèmes de soupe, soit par des propos qui se situaient dans un type de relation autoritaire et qui en fait coupent court à tout échange.

En effet, toute réponse autoritaire, explicative, ironique est avant tout une réponse.

On accède à la demande du malade, on acquiesce au désir de l'Autre, si bien que le circuit est bloqué, tout contact est désormais impossible, puisque nous ne nous situons pas dans le même type de rapport. En répondant nous agissons dans un autre champ. Nous rétorquons en reprenant le même protocole d'expression sans interpréter, alors que les préoccupations décrites n'étaient qu'une forme d'expression qui permettait de dire.

La question des pommes de terre ou du nombre de douches n'est que peu en cause ; ce qui l'est bien davantage ce sont les rapports entre nous à l'occasion des repas ou de la toilette. Nous sommes souvent tentés de répondre, de colmater la demande : d'abord, cesrevendications nous mettent fort mal à l'aise, même si ces préoccupations matérielles ne sont pas les nôtres. Pourquoi alors ce malaise, parce que "on sent" bien que derrière la purée c'est nous qui sommes mis en cause, nous dans notre efficacité thérapeutique, dans notre désir de "bien faire". Ce malaise nous angoisse tant qu'il nous mène à plaquer une réponse apparemment très logique, très raisonnable.

Par ailleurs nous sommes irrités car cette liberté de parole donnée au malade est inhabituelle dans l'histoire hospi-

talière ; elle révolutionne un peu les traditions, ce qui rétrécit notre cahmp d'action et ceci fait directement appel à la conception classique de la tutelle thérapeutique hiérarchique et non psychothérapique.

Aussi, il n'est pas étonnant qu'après avoir bloqué plusieurs fois le circuit d'échanges qui s'instaurait au sein d'une réunion, une série de réunions muettes s'installe, au cours desquelles pas même les préoccupations alimentaires voient le jour.

Or, il serait bien étonnant qu'une assemblée de malades n'ait rien à dire ! Aussi, il est encore plus important dans ces cas de mettre en place des structures - en particulier des commissions du Club - qui donneront un terrain d'accès à la parole, où celle-ci sera souveraine et sous un filet de détails concrets se tresseront d'autres réseaux d'intercommunications. Il faut donc donner la possibilité de parler, "dans des circonstances qui favorisent le dialogue des prestations et contre-prestations". OURY

Deuxième exemple : Pavillon de Femmes ou psychotiques délirantes et schizophrènes ont vieilli, donnant au pavillon un aspect asilaire typique.

Ces femmes n'ont guère eu jusqu'à maintenant l'occasion de parler et cette liberté qui pour certaines est "généreusement" accordée, d'une façon un peu paternaliste, pour d'autres est ressentie comme une agression vis-à-vis de leur tranquille chronicité.

De telle sorte que les premières réunions sont assez pénibles, d'autant plus que l'attaque des questions alimentaires est très discrète et censurée immédiatement par les autres pensionnaires - or on ne peut mettre sur le compte de la chronicité cet état de faits, car les deux pavillons comparés possèdent des malades aussi dégradés - On ne peut incriminer le sexe, quoique l'attitude des femmes est moins combattive, moins revendicative; ce sont d'ailleurs dans les pavillons defemmes que les "après-réunions" sont les plus fertiles, ce qui insisterait plutôt sur les phénomènes d'inhibition du fait du groupe.

Toutefois, dans ce pavillon, il faut tenir compte du passé de l'histoire, du vécu même de ces femmes. Elles ont a-t-on dit, vieilli dans ce pavillon, c'est dire qu'elles sont pour la plupart entrées il y a de nombreuses années, donc à une époque où elles n'avaient guère plus ledroit de délirer à l'hôpital qu'au dehors.

Dans ces deux exemples, la nature de nos relations avec les pensionnaires des pavillons est un des facteurs les plus importants dans le problème de l'accès à la parole.

Il est indispensable d'installer un territoire d'échanges matériels qui seront les supports concrets d'un réseau de communication ; en retour, ce sont bien les inter-relations qui conditionnent l'évolution des structures.

On pourrait reprendre à la manière de Simone de Beauvoir "il n'y a pas de problème noir américain mais un problème blanc, il n'y a pas de problème juif, il y a le problème de l'antisémitisme" et dire il n'y a pas de problèmes de malades mais un problème de soignants. C'est notre problème.

Troisième exemple : Le 23 mars 1966, à une réunion d'un pavillon de malades femmes, la charge d'angoisse est si importante qu'au bout de 2 à 3 minutes, les soignants meneurs de jeu se lèvent et disent seulement "à lundi prochain".

Cette coupure brutale a peut être été vivement ressentie créant un curieux vide, laissant une impression de déception, de frustration même.

Evidemment, on se s'attendait pas à une amélioration spectaculaire à la séance suivante, pourtant les soignants étaient peut être un peu plus détendus eux-mêmes.

Quatrième exemple : A une réunion de soignés, on parle du groupe des jeunes filles, de leurs libertés. Il est difficile

de leur imposer un emploi du temps autoritaire et rigide ; toutefois nous tenons à une certaine discipline ; on en vient à parler des libertés plus ou moins grandes accordées aux jeunes gens hospitalisés.

On discute alors de l'émancipation féminine, de son âge.

Une jeune femme aux problèmes familiaux complexes et dont la maturité ne s'est pas épanouie, gênée qu'elle est par l'évolution d'un processus schizophrénique, prend souvent la parole ; or, elle est à peine plus âgée que les jeunes filles.

Soudain on lui demande son âge ; cette question coupe alors tout contact.

Elle n'a certainement pas entendu la question comme le ferait une femme "d'un âge certain" et qui ne tient pas à divulguer sa date de naissance ; cependant elle a interprété la demande comme une injure, un reproche à son manque de maturité, soit qu'elle sesente vieillie par ses problèmes conjugaux différents de ceux des jeunes filles, soit qu'elle ait ressenti d'un seul coup, par notre ton peut être agressif, ses interventions intempestives.

Elle a vraisemblablement senti notre question comme un reproche au fait qu'elle est malade depuis plusieurs années.

La réunion s'est terminée pour cette malade sur un mode boudeur et enfantin. Elle espérait être admise ainsi

dans le groupe de jeunes filles.

Là encore, une intervention prudente, judicieuse de notre part permet des contacts meilleurs et particulièrement fructueux avec cette soignée.

Cinquième exemple : Le 23 avril 1966. Une réunion d'un pavillon d'admission femmes groupe autour d'un café quelques malades de court séjour, des infirmières, un surveillant, un interne et des femmes âgées plus ou moins dégradées. On a l'impression que deux personnes ont envie de parler : une jeune fille insatisfaite de ses admissions successives et une femme de 40 ans, dont le délire interprétatif est extrêmement bien camouflé et lui permet une vie sociale et familiale quasi normale.

Aucun soignant ne parle ; on attend avec bienveillance indulgence même. Les soignants ont l'impression d'être par là même très tolérants et leur neutralité bienveillante leur semble être la maitrise la plus nette de toute l'angoisse des ~~témoins~~ semaines précédents.

Cependant cette indulgence a dû provoquer inconsciemment chez les soignants un certain comportement, une certaine prise de position qui a marqué notre attentisme, peut être d'une certaine agressivité.

En tout cas, les soignés ont répondu à nos sourires et de plus, ils nous ont dit "nous sommes bien contents", "le pavillon est très agréable, les infirmiers sont très gentils, tout va bien".

Ces gratifications nous ont quelque peu surpris et ont surtout bouleversé nos plans, à condition même que nous en ayons eu. Ce n'était pas ce que nous attendions, pas ce que nous désirions, tout au moins inconsciemment. Car il apparait maintenant que nous désirions bien une gratification, les malades ont certainement répondu à une demande inconsciente de notre part mais que leur insight avait flairé. Notre apparente maitrise semblait dire "voyez comme nous sommes gentils ; nous attendons de pied ferme vos récriminations, nous ne sommes pas inquiets, nous avons évolué!... Elles nous ont piégé, dans notre attente, dans notre bienveillance, et même dans notre angoisse. La mobilisation de leurparole est différente selon notre attitude; notre attentisme de ce jour là leur a fait adopter un comportement particulier en rapportavec le seul type de relation possible à ce moment-là.

Sixième exemple : La réunion se tient dans le même pavillon avec les mêmes personnes.

Nous avons conscience d'avoir été piégés la fois dernière ; il semble que tout le monde l'a accepté.

Les deux malades qui avaient refoulé leur envie de dire à la réunion précédente et nous avaient gratifié dans notre savoir-faire prennent la parole d'emblée.

Mises à part les plaintes au sujet de son hospitalisation, la jeune oligophrène arriérée affective est très mécontente de son entourage dans le pavillon ? Les grands mères sont sales, il n'y a pas de jeunes. Quant à la jeune femme, soignée, maquillée, elle ne répugne pas à aider les infirmières pour la toilette ou les repas des grands mères, mais elle se dresse contre les préjugés extérieurs à l'hôpital qui font que celui-ci est encore le lieu de l'interdit et du déshonneur.

Elle semble vouloir nous tenir responsables des opinions du dehors au sujet de l'hôpital.

"Si vous êtes allés à FLEURY, c'est que vous êtes folle". "Ne dites pas qu'on l'interprète, on nous le fait assez voir pour que nous comprenions facilement".

Elle sait bien que ces attaques - directes semble-t-il - contre le dehors, le milieu qui aurait pu mal tolérer des interprétations délirantes, nous atteignent ; à travers le monde extérieur elle veut nous blesser ; c'est peut être de notre faute si nous ne donnons pas une image plus flatteuse de notre hôpital.

Ce jour-là il ne s'agit plus de gratification, mais d'attaques agressives. Leur parole s'est enflée depuis la dernière réunion ; sans doute notre attitude était-elle à notre

insu plus compréhensive, plus neutre ; elle a "laissé passer" le dire plus aisément qu'elle ne paraissait disposée à le faire la fois précédente.

L'accès à la parole, dans ces deux cas a donc été conditionné par notre comportement, notre attitude de permissivité, de tolérance.

Mais notre attitude ne peut s'expliquer sans faire référence aux réunions précédentes, à notre angoisse en face de soignés ; donc on ne peut que faire référence à nos rapports avec les soignés.

Dans ces cas, la parole a été fonction des relations soignants-soignés et de ce qu'on ressent de la relation selon qu'elle s'effectue sur un mode sado-masochiste, gratification-frustration, les échanges évoluent différemment et de ce fait, l'accès à la parole est différent.

Septième exemple : Réunion du 2 mai.

Réunion générale où sont donc groupés :

- des représentants de chaque pavillon de soins
- des surveillants
- l'assistant social
- les médecins
- un représentant de l'atelier
- " " du pavillon de jour.

On repose le problème du compte rendu qui, par ses interprétations déconcerte les uns, froisse les autres.

Il semble même que l'Information relative à la réunion précédente - qui avait attaqué le compte-rendu - et au compte-rendu la relatant, soit mal passée au travers des équipes. Le problème même de l'existence n'est pas mis en question, comme la fois dernière ; il apparait comme dédramatisé et la discussion s'éteint rapidement.

Un soignant suggère que, pour faciliter les échanges au niveau des soignants, soit instauré un droit de réponse ; chaque soignant pourrait répondre par écrit ou de vive voix à ce qu'il jugerait une inexactitude dans le compte-rendu. Tout simplement il pourrait dire ou écrire ce qu'il aurait envie de dire à un instant déterminé.

Silence - sourires mystérieux.

La question est reprise par le président de séance. "Est-ce que vous vous sentez le droit de répondre ?"

Silence. Sourires un peu ironiques, irritants presque.

En interprétant dès maintenant ces réactions, les soignants ne pensent pas posséder ce droit et sont persuadés qu'ils ne doivent pas le posséder, pour éviter de tomber dans des pièges.

Aucune discussion n'est entreprise.

Long silence.

Puis un soignant parle de l'équipe ménagère, leur prise en charge par les infirmiers du pavillon semble nécessaire par ailleurs "étant là tout le temps" ils risquent de n'avoir guère de répit. Certains travaillent bien ; d'autres posent de gros problèmes. Enfin, tout le monde parle, enfin détendu, soulagé de cette angoisse insoutenable d'il y a quelques minutes.

Cette digression qui nous fait réfléchir sur l'importance du droit de réponse n'est cependant pas stérile car elle insiste ensuite sur la relation infirmier-malade. En effet les hommes et les femmes del'équipe ménagère auraient peut être une blouse blanche pendant leur travail ; cette initiative n'a pas fini de "faire parler" ; on recueille dès à présent les premiers échos et ils peuvent déjà nous faire entrevoir les difficultés de la relation soignant-soigné.

"Ils seront comme nous". La blouse confère donc une immunité médicale qui est véritablement l'apanage des infirmiers etque l'on ne doit pas galvauder en distribuant sa fonction symbolique au hasard des occupations.

Il a été remarqué que l'une des ménagères - portant déjà la blouse - a tendance à commander ses coéquipiers. Est-ce la blouse ?

Il est certain que ces discussions sont intéressantes à analyser et qu'elles sont instructives quant à la connaissance

de la relation soignant-soigné.

La réunion se termine sans que l'on soit revenu sur le problème du droit de la parole.

En effet le droit de réponse de quiconque au sein d'un collectif, image bien le problème de l'accès à la parole.

Certains soignants considèrent que les réunions sont improductives, inefficaces, malgré la mise au point qui est faite, à savoir que cette réunion générale n'est pas faite pour décider mais pour évoquer les problèmes généraux.

Cette liberté apparente qui leur est dispensée ne servirait qu'à alimenter les querelles individuelles et les mesquineries de service.

On n'a pas parlé du tout de terrain d'échanges, de style de vie, de la possibilité de contacts, enfin les problèmes de relations interhumaines sont bien loin derrière les préoccupations concrètes.

o o

o

CHAPITRE VI

La circulation de la parole.

La Circulation de la Parole

Comme dans tout processus d'échange, il y a une monnaie régissant la médiation et cet intermédiaire dans un circuit de communication est ce qui permet les relations inter-humaines, c'est-à-dire la parole.

Il s'agit d'un système de signes symboliques, impliquant comme on l'a déjà dit aussi bien la conduite verbale authentique que les autres actes de communication, voire les mimiques qui ici prennent une importance considérable, leur seule interprétation pouvant alimenter une réunion. La Communication passe aussi bien par le silence que par la parole.

I - A l'intérieur d'un groupe

a - JAKOBSON nous dit que "tout acte de parole met en jeu un message et quatre éléments qui lui sont liés".

JAKOBSON parle de l'émetteur, du receveur, du thème du message et du code utilisé. "Le problème essentiel pour l'analyse du discours est celui du code commun à l'émetteur et au receveur et sous-jacent à l'échange des messages". Le code est ce qui permet la communication, l'échange de messages entre émetteur et receveur, encodeur et décodeur.

En parlant à un nouvel interlocuteur, chacun essaie toujours, délibérément ou involontairement de se découvrir un

vocabulaire commun : soit pour plaire, soit simplement pour se faire comprendre, soit enfin pour se débarrasser de lui, on emploie les termes du destinataire. Un processus de communication normal opère avec un encodeur et un décodeur.

Le récepteur reçoit donc un message émis par le destinateur, message dont il en connait le code lui permettant l'interprétation et la compréhension ; de toute façon, pour être efficient l'acte de parole exige l'usage d'un code commun, connu de tous ceux qui participent aux messages ; le code représente donc le support de la circulation du message, circulation s'opérant dans un contexte saisissable par le destinataire.

b - Rôle du modérateur

L'échec apparent de nombreuses réunions, en particulier les silences inauguraux anxiogènes, provient souvent de maladresses techniques ; ainsi l'absence de président de séance ne permet pas ni démarrage aisé de la réunion ni son déroulement adéquat. Il apparait donc qu'un meneur de jeu soit nécessaire ; le rôle du leader, du modérateur a été défini dernièrement par GENTIS lorsqu'il décrit des structures de communication verbale dans un groupe rogérien. "Le modérateur écoute

beaucoup, parle moins, prêtant une attention égale à tout ce qui est dit et à chacun de ceux qui parlent... S'il parle lui-même c'est pour répéter, sans plus..." Il n'émet aucune opinion, aucun jugement personnel".

Le jeu du modérateur, décrit donc d'après des stages infirmiers, permet l'évolution des relations à l'intérieur du groupe. La reprise en miroir des propos de chacun favorise paradoxalement la discussion.

Cette réponse-reflet peut être utilisée selon trois modalités ; GENTIS se réfère au schéma de BUHLER pour analyser les trois types d'interventions.

On peut s'adresser directement au destinateur du message ; ou bien relever son énoncé à la troisième personne et le renvoyer au groupe récepteur ; ou bien encore taire les références à la fois au locuteur et au destinataire pour faire saillir le contenu du message. Toutes les interprétations sont permises à partir de ces quelques constatations et il est aisé de prévoir une situation différente et du modérateur et du groupe selon que l'on adopte telle ou telle formule ; tandis que le modérateur se définit lui-même au sein du groupe, se situe dans le circuit de communication en tant que support d'échanges, le groupe exige la présence du modérateur pour s'exprimer et pour "se retrouver" en tant que destinateur de messages. Ceci est

davantage explicité lorsque le leader, pour des motivations qu'une analyse fine met à jour, nuance son style en variant la formule des réponses.

Le mode d'expression, l'orientation du dialogue, l'engagement du modérateur, conditionnent donc la qualité des contacts et des échanges et il est sûr de toute façon que malgré les critiques habituelles vis-à-vis de ces procédés, la apparente improductivité ce sont bien les échanges au sein du groupe qui sous-tendent efficacement les réseaux d'intercommunication.

Le rôle du président de séance dans les réunions qui assemblent soignants ou soignés est quelquefois peu différent dans les stages infirmiers etdans nos réunions.

II - A l'intérieur d'un collectif

C'est en dehors des réunions que se trame presque clandestinement le réseau impalpable, insaisissable de communication.

L'institution de ce réseau d'inter relations s'opère progressivement, s'appuyant sur des données variables selon les

services. Aucun système n'est comparable, encore moins applicab
d'un point A à un point B, sous le prétexte apparent que les
circonstances sont identiques. L'importance du contexte est
aussi grande que celle des personnalités, agissant au sein des
groupes, et ceci est valable dans l'ici-maintenant. La fonctio
signifiante des lieux d'écoute, celle des deux points où "ça
parle" apparait comme des maillons repérables d'une chaine infi
nie de messages qui s'interfèrent et qui cheminent dans un
réseau inextricable. C'est dans cette optique que la communica-
tion interhumaine pose des problèmes véritablement humains et
surtout c'est là qu'elle nous met en question, nous dans le
circuit.

Quelles instances, quelles motivations inconscientes
quels liens référentiels nous font nous situer de manière dé-
terminée dans l'ici-maintenant du service, et non seulement
nous situer par rapport à l'Autre, l'autre étant l'interlocu-
teur, homme ou groupe, mais aussi nous engager, malgré le
danger angoissant de mise en question.

Le contenu manifeste des vécus, notre angoisse
apparente pourtant bien authentique, les problèmes de mobili-
sation du fantasme dans l'ici-maintenant, subordonnant l'engag
ment, l'implication du Moi à la structure.

Ne sont pas mises en cause directement les motivations profondes témoins d'une problématique personnelle, non plus un inconscient plus ou moins bien mis à nu ; seulement le réel immédiat, la réalité même, "ce qui insiste" est tel qu'il entraine une mise en demeure, une implication immédiate.

Aux questions posées dès le début de ce travail, qui informe qui ? de quoi est-on informé ? on ne s'est intéressé jusque là qu'aux processus de communication qui mettent en jeu des relations interhumaines. L'objet de l'information, celui des messages n'a que peu retenu notre attention. Il est certain qu'on est souvent informé de ce qu'il est convenu d'appeler la réalité ; celle-ci se déguise toujours dès qu'elle est verbalisée et communiquée et s'incorpore aux phénomènes imaginaires.

Exemples

I - Réunion du soignants du 7 avril

Huit personnes sont réunies pour parler des problèmes du pavillon ; au bout de quelques minutes, on est arrivé à la question suivante : est-on au courant de ce qui se passe dans le pavillon ? le problème du on qui a déjà été évoqué à maintes reprises dans les réunions n'est pas repris là.

L'attitude des soignants infirmiers est d'abord méfiance et prudence ; puis la lâche hypocrisie des médecins présents ayant été partiellement éliminée, la fin de la réunion

est plus détendue et permet de "dire de nombreuses choses intéressantes. Cependant notre non-information est mal admise car vécue comme une agression vis-à-vis du pavillon qui se voit coupable de ne pas nous informer, mortifié même, presque frustré comme si nous refusions d'être membre dans la même famille "on vous dit tout". "On ne vous craint pas tellement parce que nous nous connaissons depuis longtemps". "Nous sommes libres avec vous".

Ces propos amorcèrent une discussion intéressante où la technique, si même on peut appeler ainsi le fait de répondre par une question, en s'inspirant de la méthode "modérateur", ne pouvait suffire car l'entretien à 8 personnes aurait aisément pris une tournure malaisée, insatisfaisante, irritante même.

Toutefois des infirmiers reconnaissent bien que parfois nous ne savons pas que nos prescriptions ont été décapitées, le malade ayant été hyperdrogué ou au contraire que le caractériel de service bénéficie de quelques neuroleptiques supplémentaires.

Il est bien évident dans ce cas précis que nous ignorons quelquefois ce bricolage intérieur inévitable et indispensable.

Tout le monde a dû s'engager plus ou moins personnellement, plus ou moins engroupe. Malgré tout cela, il est difficile de formuler cette réflexion, à savoir que personne n'est informé de "ce qui se passe dans le pavillon" ; l'avis de chacun serait nécessaire, pas seulement les infirmiers, les malades, les médecins, mais aussi l'assistant social, l'attaché aux activités l'ergothérapeute qui vient souvent, les visiteurs, les familles le plombier qui vient faire une réparation, l'économe qui fait une visite protocolaire, etc...

Enfin tout ce qui a quelque lien avec le pavillon pourrait parler ; et encore serait-on très mal informé pour la bonne raison que l'information n'est fonction que de chacun, du désir de chacun, de savoir où de non-savoir, de l'idée aussi que chacun se fait de l'information de l'autre et de ses désirs.

Encore faudrait-il admettre comme postulat "qu'il se passe" véritablement quelque chose dans le pavillon. Qu'est-ce qu'on entend par là ? Si ce sont les évènements concrets, il est inutile de parler d'information. Mais s'il s'agit de la trame invisible de communications interhumaines, on peut dire sans grand risque d'erreur, qu'il n'y a pas d'information possible.

Pour reprendre l'opposition du début de ce travail, mais en sens inverse, il n'y a pas d'information possible, il y a seulement passage de certaines informations.

2 - Réunion générale du 10 avril 67

Le tour de parole que sollicite le leader est peu fructueux ; personne n'a de problème à soulever. Seul un soignant dénonce une sensation de malaise dans le service et aimerait savoir si d'autres individus ont ressenti la même gêne ou bien si celle-ci est dûe à sa position inconfortable dans le collectif.

Aussitôt l'atmosphère s'alourdit, on feint de ne pas bien saisir. A un moment donné, un soignant décharge une partie de son agressivité contre le compte-rendu, en particulier un compte-rendu d'une précédente réunion l'aurait indirectement mis en cause dans l'échec d'une initiative à visée psychothérapique. Très mortifié par cette critique, il discute l'authenticité de l'échec en question et en même temps "l'objectivité" du compte-rendu.

Il est sûr que cet exemple dénonce les dangers du compte-rendu. Comme on l'a déjà dit, il ne peut être ni fidèle ni objectif. Enfin, il ne "rend pas compte".

Toutefois, lespropos qu'il transmet sont lus "au pied de la lettre" d'autant plus par les individus n'ayant pas assisté à la dite réunion.

Lorsqu'on y a soi-même assisté, on ne retrouve pas toujours dans le texte ce qu'on a vécu et senti à l'instant donné. Un enregistrement sur magnétophone serait même certainement contesté, car en seraient absents la couleur, le ton, le contexte, les mimiques, enfin tout ce qui fait qu'on a vécu cet instant.

Finalement, il s'avère impossible d'écrire ou de raconter ce qui a été vécu. Or, l'Information ne pouvant s'effectuer qu'au travers l'une de ces techniques, il est ainsi montré qu'aucune information n'est possible.

3 - Réunion du 21 avril

Réunion de soignants dans un pavillon d'admission.

Assistent : -l'équipe du matin
-2 surveillants
-2 médecins
-l'assistant social

Un problème d'Information est d'emblée mis à jour.

L'atelier de couture et broderie avait été installé dans une salle de séjour du pavillon mixte, au premier étage de façon à ce que les malades y soient assez tranquilles. Au bout de quelques jours, les malades femmes n'étaient plus aussi soignées ou maquillées et "traînaient en robe de chambre" ; une équipe en accord avec le pavillon de jour, suggéra qu'on y transfère ce groupe de travail, ce qui mènerait les malades à se préparer à sortir du pavillon et à devoir aller s'occuper dans la maison voisine.

Mis à part le fait que cette initiative soignante n'a pas été appréciée par les soignés qui y ont vu une agression presque sadique envers leur tranquillité, elle a été mal acceptée par l'autre équipe. Celle-ci ne l'a pas tellement considérée comme une initiative unilatérale d'une équipe frustrant l'autre, ni comme un complot mortificateur qui aurait montré que l'équipe s'occupait mieux des malades en les expulsant ! Seulement personne ne savait. Cette non-information est à l'origine du malentendu. Cette différence de comportement, cerisque de conflit est donc tout simplement conditionné, expliqué par l'absence de communication entre des gens qui se voient tous les jours.

On pourrait aussi parler à cette occasion de "cahier de consignes", apparemment nécessaire puisqu'il subsiste encore;

une équipe y inscrit les renseignements, des informations destinées à l'autre équipe du même pavillon.

Donc ces gens se rencontrent au moment du changement d'équipe ; ils peuvent se parler, ils se racontent la matinée, leurs ennuis, leurs projets, maisils éprouvent encore le besoin d'écrire certains faits soit sur le cahier de consignes, soit même dans le cahier de rapports qui est lui-même destiné à toute l'équipe soignante du service, surtout aux surveillants et médecins.

Ceci montre bien qu'il n'est d'Information possible et que tous les subterfuges utilisés pour renseigner et informer ne sont pas satisfaisants ; ils se multiplient en rapport avec l'angoisse du collectif ; l'inquiétude née du non-savoir est plus importante et plus anxiogène lorsque un grand nombre d'individus fait part de sa non-information.

CONCLUSION

"Si en psychanalyse, c'est le médecin qui est l'objet desinvestissements successifs et phantasmatiques familiaux, dans la thérapeutique institutionnelle, c'est le milieu concret de vie qui est l'objet de ces investissements".

TOSQUELLES poursuit en insistant sur le fait que ce nesont pas les structures en elles-mêmes qui possèdent un pouvoir curatif mais elles sont le support de multiples processus inconscients d'identification dramatique et c'est dans ce tissu social que le psychiatre a la tache essentielle de trier, saisir et dans une certaine mesure de diriger.

Il ne suffit pas d'articuler les différentes techniques socio-thérapeutiques et psychothérapiques. Cette forme nouvelle de thérapeutique "ne commence que lorsque cette articulation est vécue par les malades à l'aide ou non d'interprétations techniquement définies en connaissance de cause, verbales ou agies par le médecin-traitant".

Cette articulation devra de plus être vécue dans la praxie même, ce qui implique l'existence "d'un système de média-

tion, d'un appareillage technique spécifique". Ce système d'échanges devra être "contrôlé médicalement" et devra permettre des échanges à tous les niveaux, dans une perspective désaliénante sujet-sujet".

L'Information, telle qu'on a tenté de l'étudier n'a donc rien de commun avec les procédés de physique moderne, de physiologie ou même de psychologie ; il s'agit de phénomènes essentiellement humains où intervient à tout instant le vécu de l'individu, ces phénomènes étant l'infrastructure de la communication interhumaine.

Dans cet aperçu sur la thérapeutique institutionnelle, on peut voir déjà que, quel que soit l'objet médiateur entre les différents sujets, médecin, malade, infirmier, le même réseau de communication doit être calqué sur un dispositif d'échanges économiques, idéologiques etc... qui n'est là que pour faciliter les contacts et créer ainsi un certain type de relation. Ce "filet de prestations et contre prestations" n'est pas thérapeutique en soi mais, en permettant au malade d'appréhender les réels de façon différente, il l'aide à effectuer de nouveaux investissements susceptibles de conduire à une désaliénation. C'est en vertu de ces conceptions qu'on a pu définir le comportement du malade mental comme "une pathologie du lien interhumain".

Le service est donc un service mixte, d'allure traditionnelle, parfois encombré par des entrées nombreuses, et où au premier abord, les problèmes thérapeutiques posés par les malades sont aussi aigus qu'ailleurs.

Les réunions de soignants permettent la "mobilisation des attitudes inconscientes, de saisir les tensions du groupe" elles renseignent dans l'ici-maintenant sur le vécu du groupe et nous aident à évoluer prudemment dans le collectif. On a vu toutefois que les techniques de transmission proposées pour informer le personnel ayant ou non assisté à la réunion, ne sont guère satisfaisantes car non objectives et non fidèles. Ceux qui ont assisté ne retrouvent pas dans le compte-rendu ce qu'ils ont vécu, les tensions, les courants de la parole et ils regrettent que les absents ne puissent revivre la réunion par un papier ; quant à ceux qui n'étaient pas là, ils ne peuvent interpréter que ce qu'ils lisent.

Mais là encore, il faudrait faire une réserve sur cet incertitude de l'information et se référer pour cela à nos désirs plus ou moins inconscients de savoir et de non-savoir.

Ainsi, il semble qu'il faille reposer la question "Qu'est-ce que l'information".

On a dit au cours de ce travail que notre information était définie par quatre paramètres dont les qualités conditionnent le "passage" de l'information. Quant à nous, le message ne nous intéresse que dans une faible mesure ; par contre le code selon la terminologie de Jakobson est susceptible d'expliquer les pièges de notre langage et de nous montrer les difficultés d'expression si l'on veut ignorer l'existence des deux interprètes du code, le destinateur et le récepteur.

Ce sont donc ces deux sujets qui sont les principaux artisans de la communication, cette communication qui ne peut se constituer sans une référence à l'un et à l'autre. La trame des échanges serait alors ce qui a été vécu par un groupe ; mais est-ce que l'information serait de ce fait "dire ce qui a été vécu". A priori - de plus on l'a vu au cours de l'analyse de certaines réunions - ce qui est vécu est unique, instantané, donc intraduisible, inviolable.

Lorsqu'on communique, lorsqu'on effectue une transmission, on s'intéresse au seul message. Or le message n'est rien sans ses deux attaches origine et destinée ; il n'existe en tant que message que par ses références, qui lui attribuent sa teneur, son style, qui font que tel message est différent

de tel autre.

Dans nos rapports avec autrui, nous tenons bien compte de l'autre et de nous. Donc l'information s'intéresse aux deux interlocuteurs, individu ou groupe, placés dans un co texte donné. Ce sont les propriétés, les qualités respectives des différents facteurs qui déterminent le message de son code donc de l'information. C'est ainsi qu'on peut entrevoir la possibilité d'agir non pas aux niveaux des personnes, mais au niveau du contexte.

"L'entourage a une valeur structurelle dans l'édifi-cation d'une partie du syndrome psychiatrique. Il est donc uti deprendre conscience de la structure du milieu psychiatrique afin d'essayer de l'orienter dans sa totalité, vers une désali nation... C'est par une technique du milieu que nous arrivons à éclairer des zones de personnalité de chacun qui seraient restées à tout jamais dans l'ombre. D'où l'intérêt thérapeu-tique de cette recherche : elle fait apparaitre une quantité d facettes, autant de moyens d'accrochage pour réintégrer le malade au plus vite". OURY.

BIBLIOGRAPHIE

- Madame ANCELIN-SCHUTZENBERGER : L'évolution de la relation aidant-aidé. L'Information Psychiatrique n° 8 - octobre 65.

- AYME-RAPPARD - TORRUBIA : Thérapeutique Institutionnelle. Encyclopédie Médico-Chirurgicale.

- Simone de BEAUVOIR : Le Deuxième Sexe - NRF

- COLMIN :Les échanges économiques, éléments de thérapeutique institutionnelle dans un service d'Hôpital Psychiatrique. Thèse Paris 1961

- ECK et DEREUX : L'utilisation des données analytiques en Psychothérapie courante (POP) - Masson 1960.

- FREUD : Introduction à la Psychanalyse - Payot
  + Psychopathologie de la vie quotidienne - Payot
  : Totem et tabou - Payot
  : Cinq leçons de Psychanalyse - Payot

- GRODDECK : Au fond de l'homme, celà (le livre du ça) - NRF

- HESNARD : Psychanalyse du lien interhumain - PUF 1957

- Louis HJELMSLEV : Travaux du cercle linguistique de Copenhag Essais linguistiques 1959.

- Roman JAKOBSON : Essais de linguistique générale - Editions de minuit.

- Maurice LEROY : Les grands courants de linguistique moderne
PUF

- LACAN : La psychanalyse - PIF 1956
"Parole vide et parole pleine"

- LEVI-STRAUSS : La pensée sauvage.
: Le cru et le cuit.

- OURY :Les clubs thérapeutiques. - Revue pour Psychiatrie et Vie Sociale.

- F. de SAUSSURE :Cours de linguistique générale - Payot

- Madame A. SECHEHAYE :Techniques de gratification en Psychothérapie analytique. - L'évolution psychiatrique, oct. déc. 1960

- René A. SPITZ : Le non et le Oui - La genèse de la communication humaine - PUF

- TEBOUL : Contribution à l'étude d'une technique psychiatriqu
La réunion de malades - Thèse 1962.

- TOSQUELLES : Quelques aperçus sur l'histoire de la psychothérapie - 1963

- TRILLAT : Oralité et langage - L'évolution psychiatrique
Juillet 1960

- L'Evolution Psychiatrique 1948 n° 3
Les fondements d'une Psychothérapie collective.

- Revue de Psychothérapie Institutionnelle n° 2 et 3.

VU

TOURS, le Président de Thèse
Professeur ROUZAUD

Vu et approuvé
TOURS le

Le Doyen

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie